Die Psychosen

des

Pubertätsalters.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät der Universität Basel

von

Walter Wille.

approb. Arzt

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1897.

Verlags-Nr. 582.

Die Psychosen

des

Pubertätsalters.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät der Universität Basel

von

Walter Wille.

approb. Arzt

ACAD
LUGD BAT.
BIBL.

LEIPZIG UND WIEN.

FRANZ DEUTICKE.

1897.

Verlags-Nr. 582.

Meinem lieben Vater

Herrn

Prof. Dr. L. Wille

Director der psychiatrischen Klinik in Basel

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548622_0066

Die Psychosen des Pubertätsalters.

Einleitung.

Während die frühere Psychiatrie bei der Classification der Geisteskrankheiten nur den rein symptomatologischen Standpunkt eingenommen hat, berücksichtigt die jetzige klinische Forschungsweise nicht nur die psychischen Symptome, sondern muss auch „Specifisches im Verlauf, Charakteristisches in den ätiologischen Momenten“ in Betracht ziehen. Dieses Bestreben gestattet es, specifische Krankheitsgruppen aufzusuchen. In dieser Richtung erscheinen besonders geeignet die psychischen Zustände, die sich an die physiologischen Umwälzungen anschließen, welche in einem bestimmten Lebensalter regelmäßig eintreten. Es sind das vorzugsweise die Pubertätsentwicklung und die senile Involution. Mit der Geschlechtsentwicklung findet allmählich eine völlige Umwälzung der körperlichen und psychischen Lebensvorgänge statt.

Während im Kindesalter das Herz klein, die Gefäße weit sind, tritt in der Pubertät ein plötzliches Wachsthum des Herzens, Verengerung der Gefäße, damit Aenderung der Circulation ein. Gleichzeitig findet eine starke Größenzunahme des ganzen Körpers statt, besonders auch fällt mit der Pubertät eine wichtige Wachsthumsepoche des Schädels zusammen. Damit gehen einher lebhafte Stoffwechseländerungen, eine Steigerung der nutritiven und formativen Reize, eine Zunahme der Muskelkraft, der Sensibilität und des Geruchsinnes. Es beginnt das Erwachen geschlechtlicher Regungen, aus den Genitalorganen strömen dem Gehirn zahlreiche neue Reize zu. Damit entstehen neue Empfindungen und Vorstel-

lungen, es vollzieht sich die „psychische Erneuerung und Umgestaltung des Ichs.“

Das Gehirn überwältigt die neuen Reize nicht sofort, es beginnt ein Kampf der bisherigen Gedanken, Gefühle und Empfindungen mit den neuen, der in dem ganzen Wesen und Gebahren des Individuums zum Ausdruck kommt. Es ist dies, wie Hecker ([36]) sich ausdrückt, die Zeit, in der die schärfsten Contraste sich unmittelbar berühren, mit der Lust an überspannten Ideen und mit schwärmerischem Ernst verbindet sich specifische Albernheit, neben zarten Empfindungen zeigt sich eine gewisse Rohheit des Gemüthes, innerlich und äußerlich fehlt die bestimmt umgrenzte Form, eine gewisse Zerfahrenheit macht sich geltend. In dem Drang, dem neuen Gefühlsinhalt Ausdruck zu geben, kommt es zu religiöser Schwärmerei (Johanna von Orleans), zu poetischen Ergüssen, die sich durch Süßlichkeit auszeichnen, zu mystischer Liebe, im weiteren zu weltschmerzlichen Anwandlungen bis zum Lebensüberdruss. Vermehrt wird der Einfluss dieser Umwälzung oft durch neuropathische Constitution, onanistische Excesse oder durch Stoffwechselstörungen (Pubertätschlorose).

Wenn das Gehirn Sitz dauernder Reizung ist, so kommt ein Augenblick, besonders bei pathologisch veranlagten Individuen, wo die Spannung so stark wird, dass eine Kleinigkeit genügt, um den Sturm zum Ausdruck zu bringen. Bald ist es eine lebhafte Erregung, bald ein Fall oder irgend ein Trauma, die die Gelegenheitsursache zu schweren psychischen Störungen bilden. Viele hieher gehörigen Fälle werden lange nicht richtig beurtheilt, weil man sie nur für Erscheinungen der Pubertät hält. Die Ursache dieser Sturmepoche sucht Marro ([63]) in der physiologischen Reizung der von den Genitalorganen herkommenden Nerven, welche auf nervöse trophische Centren übertragen wird. Marro stützt sich dabei auf die Thatsache, dass bei der Akromegalie die abnorme Entwicklung des Knochensystems oft von sexuellen Störungen eingeleitet wird.

Der gleiche Autor bespricht gesondert die Pubertätszeit der Degenerirten. Der angeborene Defect erblich Belasteter

kommt in der Pubertät zum Vorschein. Der Wuchs bleibt entweder zurück oder geht übermäßig rasch vor sich. Unter minderjährigen Verbrechern findet man häufig abnorm große Individuen. Auch das Körpergewicht ist höher. Wichtiger sind die Anomalien der Geschlechtsorgane; unter 597 Delinquenten hatte Marro 54 mit Verbildung der Geschlechtsorgane, einschließlich Hernien. Unter den secundären geschlechtlichen Erscheinungen ist besonders das gänzliche oder theilweise Fehlen des Bartes bei den Degenerirten zu beachten.

Bezüglich der psychischen Eigenschaften der Degenerirten hebt Marro hervor, dass das phantastische Wesen und Hang zur Unbotmäßigkeit der normalen Knaben bei den Degenerirten oft in völlige Unlust zur Arbeit ausartet. Bei den jugendlichen Delinquenten ist die charakteristische psychische Schwäche der Entwicklungsperiode in Folge der raschen körperlichen Entwicklung und der heftigen instinctiven Impulse um so gefährlicher, je weniger der hemmende Gehirneinfluss sie zügelt.

Unter den Formen von Verbrechen im Alter von 12—15 Jahren waltet der Diebstahl vor, im Alter von 21—25 Jahren das Verbrechen gegen die Person, Sittlichkeitsverbrechen sind im Alter von 20 Jahren selten. Nicht selten sind die Fälle, welche, wenn der verspätete Geschlechtstrieb plötzlich gewaltsam zum Ausbruch kommt, zu Selbstmord und Verbrechen führen. Am häufigsten aber sind diejenigen Vergehen, in denen der Geschlechtstrieb nur indirect wirkt. Zuerst ist es der Diebstahl zur Beschaffung von Mitteln zum Ausschweifen; wenn mit der zunehmenden Kraft die Liebesregungen stärker werden, kommen Händel aus Eifersucht und Todtschlag.

Den Angaben von Nicolson David über jugendliche Verbrecher entnehmen wir, dass von 43.835 Verurtheilten 41% unter 21 Jahren, von 30.902 wegen Diebstahl Verurtheilten 45% unter 21 Jahren waren. Auf je 100.000 Einwohner jeder Altersstufe kamen unter 12 Jahren 24 Verurtheilte, von 12—16 : 261, von 16—21 : 321, von 21—30 : 245.

Nahezu $^1/_4$ der wegen Diebstahl Verurtheilten waren Individuen unter 16, mehr als $^1/_3$ der verurtheilten Einbrecher waren jugendliche von 18—21 Jahren.

Beobachtungen über psychische Störungen im Pubertätsalter wurden schon im Alterthum gemacht. Hippokrates (Ueber die Krankheiten junger Mädchen cit. nach Moreau [18]) erwähnt einen Fall von Geistesstörung, welche ein junges Mädchen zur Zeit der Geschlechtsreife befiel. „Man sieht sie die grössten Uebel heraufbeschwören. Es treten Visionen auf, die die Mädchen veranlassen zu springen, sich in Brunnen zu stürzen, sich zu erhängen, da dies vortheilhaft und nützlich sei. An Stelle der Visionen tritt oft ein gewisser Zustand ein, der den Tod als etwas wünschenswerthes herbeisehnen lässt. Bei Wiederkehr der Vernunft weihen die Frauen der Göttin Diana verschiedenartige Gegenstände, insbesondere prachtvolle Kleidungsstücke und dies auf Veranlassung von Wahrsagern, durch welche sie getäuscht werden". Der Araber Ali Abbas (Regal Disp. Lib. IX Cap. 4. cit. nach Friedreich[3]) erwähnt, dass Leute zur Zeit der Pubertät oft von einer religiösen Melancholie befallen werden.

Esquirol [1]) erzählt von einem jungen Mädchen, welches bei Eintritt der ersten Menses geisteskrank wurde, „eine Erscheinung, die nichts Auffallendes hat, wenn man bedenkt, dass die Mädchen in diesem Falle übelgelaunt, nachlässig, sich gehen lassend, gleichgiltig gegen Alles werden, dass sie manchmal, ohne es zu wollen, reichlich Thränen vergießen, die ihr Leiden und ihren Trübsinn momentan beruhigen. Manche Knaben befinden sich im Zeitpunkt der Reife in einer ähnlichen Verfassung, die man eben wegen der Folgen, die sie haben kann, nicht sorgfältig genug beachten kann". Und Marc (de la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico judiciaires, T. I. p. 328 Paris 1840 cit. nach Moreau [18]) bestätigt die Beobachtung Esquirol's und stellt fest, dass die verschiedenen Formen der Geistesstörung sich gemeiniglich zur Zeit der geschlechtlichen Reife zu entwickeln beginnen. Eben die die Pubertät begleitenden Vorgänge, die Veränderungen, welche zu dieser Zeit im Organismus vor

sich gehen, können manchmal der Ausgangspunkt von moralischer Aberration werden, wie die Monomanie der Brandstiftung, des Mordes, des Selbstmordes etc. Zu Anfang der Fünfziger Jahre wurde in Bicetre zu Paris eine eigene Abtheilung für geisteskranke Kinder und Jugendliche eingerichtet, deren Leiter Le Paulmier war. In seiner These ([27]) finden wir eine klinische Bearbeitung der Manie bei Kindern und jungen Individuen, sowie Angaben über die Häufigkeit der Kinderpsychosen. Im Jahre darauf erschien eine Arbeit von Rousseau ([29]) über Pubertätsirresein, worin er betont, dass dasselbe sich oft entwickle, dass es aber bisher von den Autoren noch nie speciell behandelt worden sei. Das gleiche Jahr brachte eine Arbeit von Brierre de Boismont ([30]) über Irresein in früher Jugend mit reicher Casuistik. Morel ([6]) beschreibt die primäre Demenz unter der Bezeichnung démence précoce. In das Jahr 1863 fällt das Erscheinen zweier Arbeiten, die die ätiologische Form des Jugendirreseins speciell behandelten. Von deutscher Seite war es Kahlbaum ([33]), der nach dem Vorgange der somatischen klinischen Medicin eine Abwendung von der rein symptomatisch-psychologischen Classification und Diagnostik der Geistesstörungen und Uebergang zur klinischen Methode anbahnte. In diesem Bestreben stellte Kahlbaum unter Anderen das Krankheitsbild der Hebephrenie (ἥβη φρήν Jugendirresein) auf, das später von Hecker ([36]) eine so treffliche Bearbeitung fand. In England redete im gleichen Jahre Skae der Eintheilung der Psychosen in natürliche Gruppen das Wort. Er fordert Einreihung der verschiedenen Formen in ihre natürlichen Ordnungen, Gruppirung nach ihrer natürlichen Entwicklungsgeschichte. Er stellt nun 25 Formen auf, darunter das Irresein der Pubertät, welches von den in dieser Periode auftretenden Veränderungen in der Circulation und dem Nervensystem bedingt sei.

Auch Maudsley ([34]) im Jahre 1867 betonte die specifische Färbung des in der Pubertätsperiode auftretenden Irreseins. Seither haben einzelne Formen des Pubertätsirreseins mannigfache Bearbeitung erfahren (cf. Litteraturverzeichnis)

und finden jetzt die Psychosen des Pubertätsalters in den meisten Lehrbüchern eine gesonderte Besprechung. Bei Durchgehen der einzelnen Arbeiten fällt es auf, wie wenig scharf von einigen Autoren die Pubertätszeit nach unten und oben abgegrenzt wird. Es werden einerseits Fälle, die bereits Symptome der Pubertätsentwicklung zeigen, noch als Kinderpsychosen dargestellt, anderseits solche, die noch völlig kindlichen Charakter aufweisen, aber den Jahren nach bereits in der Pubertätsperiode stehen, als Pubertätspsychosen beschrieben. Wieder Andere betonen die Nothwendigkeit einer Abgrenzung der Pubertät, etwa reichend bis zum 16. oder 18. Jahre, von einer Periode der Jugendblüthe, der Adolescenz vom 16., beziehungsweise 18. Jahre bis zum 25. Bei Feststellung der Grenzpunkte kann einzig der physiologische Standpunkt maßgebend sein.

Dieser wichtige physiologische Process tritt aber nicht bei beiden Geschlechtern zur selben Zeit ein. Das junge Mädchen wird früher als der Knabe geschlechtsreif. Der Zeitpunkt, in welchem die Menstruation beim Weibe eintritt, variirt innerhalb weiter Grenzen. Manche Mädchen bekommen ihre Menses mit 11—12 Jahren, andere erst mit 17—18 Jahren. Klima, Temperament, körperliche Constitution, auch die sociale Stellung und Erziehung spielen bekanntlich hier eine große Rolle. Die Knaben werden im Allgemeinen vor dem 15. oder 16. Jahre nicht geschlechtsreif. Frühzeitige geschlechtliche Aufregungen und Ausschweifungen bei Kindern beiderlei Geschlechts beschleunigen den Eintritt der Pubertät.

Auch die Abgrenzung nach oben ist keine leichte. Messungen des Gehirns ergaben, dass dasselbe seine vollendete Entwicklung erst mit dem 21. Jahre erreicht. Einige Gesetze lassen die Pubertätsperiode mit dem 14.. andere mit dem 16., der neue Schweizer Strafgesetzentwurf mit dem 20. Jahre zum Abschluss kommen. Jede absolute Aufstellung bezüglich der Altersstufe kann nur ungenau sein.

Bei Mädchen haben wir als Abgrenzung der Pubertätsperiode vom Kindesalter einen einigermaßen sichern Maßstab in dem Eintreten der ersten Menstruation und in der

Entwicklung des Körpers, bei Knaben in dem Tieferwerden der Stimme, dem Auftreten von Haaren am Gesicht und mons veneris und zeitweisen Pollutionen.

Wir haben nun als untere Grenze der Pubertätsperiode das 14. Lebensjahr und als die Zeit der vollendeten Entwicklung das 22. Jahr angenommen, sind dabei aber nicht schematisch verfahren, indem wir nicht die Anzahl der Lebensjahre, da wo die Abgrenzung der Kindheit gegen die Jugend, oder die der letzteren gegen das reife Alter in Frage kam, entscheiden ließen, sondern in jedem einzelnen Falle den Stand der Entwicklung.

Nach diesen Grundsätzen haben wir 135 Fälle psychischer Erkrankungen während der Pubertätsperiode, die während der letzten 15 Jahre in der Irrenanstalt Basel beobachtet wurden, dem Versuche klinischer Bearbeitung unterzogen. Unsere Absicht war, die einzelnen Krankheitsformen zu schildern und zu untersuchen, ob dem Process der Pubertätsentwicklung an sich eine pathogenetische Bedeutung für die Entstehung der Geistesstörung zukomme und ob derselbe diesen Psychosen specifischen Charakter verleiht.

Specielle Pathologie.

A. Erworbene Geistesstörungen.

I. Die einfachen Psychoneurosen. Die Melancholie.

Die Mehrzahl der Autoren bestätigt das Vorkommen einer Gemüthskrankheit im Pubertätsalter mit spontaner trauriger Verstimmung, die das geistige Leben in Form der Hemmung herabsetzt und häufig durch melancholische Wahnideen sich charakterisirt. Sie gewinnt gegenüber dem Kindesalter an Häufigkeit in der Entwicklungsperiode, um dann allerdings in späterem Alter ihre größte Höhe zu erreichen. Wie beim Erwachsenen treffen wir auch hier drei Formen, nämlich die einfache oder passive, die aufgeregte oder active Melancholie und die Melancholie mit Stupor.

1. Einfache Melancholie. Melancholia passiva.

Wir finden diese Form bei 7 weiblichen und 5 männlichen Patienten. 7mal bildet die Pubertät die alleinige Ursache, in den 5 andern Fällen besteht zudem noch hereditäre Disposition.

Der eigentlichen Krankheit geht meist ein Prodromalstadium voraus von der Dauer einiger Wochen bis zu mehreren Monaten. Bei den einen zeigen sich hauptsächlich Symptome geistiger Hemmung im Denken und Handeln, die Patienten verlieren die Lust zur Arbeit, fühlen sich bedrückt, die andern klagen hauptsächlich über schmerzhafte psychische Gefühle. Die Kranken sind missmuthig, von gesteigerter Gemüths-Empfindlichkeit. Allmählich tritt auch bei ihnen zeit-

weise Hemmung im Denken und Handeln auf, sie versuchen vergeblich, sie zu überwinden, was sie in einen Zustand der Angst und Verzweiflung versetzt. Daneben finden wir Veränderungen des Schlafes, Abnahme des Appetits, Neigung zur Verstopfung, häufig auch schmerzhafte Empfindungen am Kopfe und vasomotorische Störungen.

Im Bilde der eigentlichen Krankheit fällt die geringe Zahl der gewöhnlichen Wahnideen der Verschuldung, des Verlorenseins auf. Statt dessen finden wir ein Vorherrschen von allerlei bösen Gedanken (Zwangsvorstellungen), häufig von ganz absurdem Inhalt, die die Kranken plagen und ängstigen, die sie nicht losbringen können (z. B. Furcht, der Vater werde sich ertränken, die Eltern würden verbrannt). Daher das Überwiegen der Angst und das häufige Weinen, welcher Modus auch der Melancholie der Kinder eigen ist. Vielfach beschäftigen sich auch die Kranken mit religiösen Angelegenheiten, man findet sie in inbrünstiges Beten versunken. Auch erotische Andeutungen sind nicht selten.

Der Gesammteindruck im Inhalt der Gefühle ist der der Wehmuth, des Schmerzes, der Beängstigung. Dieselben scheinen aber bisweilen durch eine gewisse Oberflächlichkeit ausgezeichnet, die wie bei der Hebephrenie Kahlbaums ([36]) den Eindruck macht, „als kokettirten die Kranken mit ihren Gemüthszuständen," denn oft mitten im tiefsten Wehklagen überraschen sie durch plötzliches Lachen und lustige Einfälle. Allmählich zeigt sich bei den Kranken eine vollständige Theilnahms- und Interesselosigkeit. Die Zuneigung zu Eltern, Geschwistern und Freunden hört ganz auf. Daneben drängt sich eine gesteigerte Empfindlichkeit und Reizbarkeit hervor, die die Kranken zu impulsiven Acten, die oft gegen das eigene Leben gerichtet sind (Suicidium), oder Gewaltacten gegen Andere treibt.

Emminghaus ([13]) beschreibt unter dem Namen „Nostalgie" eine Form, die symptomatologisch in die Gruppe der Melancholia simplex gehört. Er beobachtet sie besonders bei Landleuten, jugendlichen, in der Pubertätsperiode befindlichen Personen weiblichen Geschlechts, besonders Dienst-

boten. „Sie kann je nachdem Formen der einfach traurigen Verstimmung mit Zwangsvorstellungen, Schwermuth und Angst, Sinnestäuschungen, Wahnideen, Melancholie mit Zerstörungsimpulsen annehmen. Sehnsucht nach der Heimat, das beängstigende Gebundensein an eine neue, ungewohnte Umgebung, peinliche Zwangsvorstellungen, Delirien, die sich um die Heimat drehen, dabei Schlaflosigkeit, Appetitmangel, bei weiblichen Individuen Menstruationsanomalien. Im weiteren Verlauf oft Impulse zu Gewaltacten, besonders Brandstiftung und Mord.“

Gewöhnlich aber ist das psychomotorische Leben unserer Kranken mehr oder weniger gehemmt. Am liebsten ist ihnen, wenn man sie der Einsamkeit überlässt, wo sie, in dumpfes Hinbrüten versunken, mit müden, düsteren Blicken, schlaffen Gesichtszügen, gebeugter Haltung angetroffen werden. Die Temperatur ist subnormal, der Schlaf ist unvollständig, der Appetit schlecht. Der Puls ist klein, weich und beschleunigt.

Casuistik.

Fall 1. H. A., 16 Jahre alt. In der Familie sind angeblich Geistes- und Nervenkrankheiten nicht beobachtet worden. Eltern gesund, ebenso 8 Geschwister. Geburtsverlauf normal. Patientin war bisher stets gesund, entwickelte sich wie andere Kinder, machte in der Schule gute Fortschritte, war von zurückgezogenem, stillem Charakter. Seit 2 Jahren arbeitet Pat. in der Fabrik. Menses bisher nicht eingetreten, dagegen seit $^1/_2$ Jahr 4wöchentliche Congestionen nach dem Kopfe, seit der gleichen Zeit Abnahme des Appetits. Auffallendes Benehmen seit 2 Monaten: Pat. starrte viel vor sich hin, befürchtete, dass die Eltern verbrannt würden, nachdem sie einen Zeitungsartikel über Leichenverbrennung gelesen, wollte nicht mehr arbeiten, war immer zerstreut und sehr schreckhaft. Dabei war der Schlaf unruhig, der Appetit schlecht, zudem bestanden anhaltende Kopfschmerzen. 8 Tage vor der Aufnahme wurde sie sehr unruhig, rief immer nach den Eltern.

Status praesens (bei der Aufnahme): Schlecht genährtes, anämisches Mädchen, mit deutlichem Venensausen,

rachitischem Habitus. Puls 60, schwach. Entwicklungszustand dem Alter entsprechend. Am Schädel und an den inneren Organen nichts Abnormes zu finden. Gesichtsausdruck ängstlich, Pat. drängt fort, weint laut, gibt auf Fragen keine Antwort, zeigt keine Neigung sich zu beschäftigen, verweigert die Nahrungsaufnahme.

Unter roborirender Behandlung tritt bald entschiedene, leichte Besserung ein, doch ist der Zustand noch sehr wechselnd. Pat. ist bald recht ängstlich, jammert und weint laut, bald lacht sie hell auf, doch arbeitet Pat. jetzt spontan, hat guten Appetit, die Nächte sind ruhig, der Stuhl noch immer retardirt. Im Laufe des 3. Monats tritt an Stelle der in der letzten Zeit abnorm gehobenen und fröhlichen Stimmung jetzt normales dem Alter entsprechendes Verhalten. Gewichtszunahme 7 Pfund. Geheilt entlassen nach $3\,^1/_2$ monatlicher Behandlung. Bald nachher Eintreten der Menses ohne Störung des Wohlbefindens. Pat. ging wieder ihrer Fabrikarbeit nach, verhielt sich vollständig normal bis nach 3 Jahren, wo sie neuerdings erkrankte (vide Fall 57).

Fall. 2. T. M., $17\,^1/_2$ Jahre alt. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, hatte schwere Erschöpfungsdelirien. Mutter leidet an heftiger Migräne, Vaters Bruder war geisteskrank, Mutters Schwester ist schwachsinnig. 2 Geschwister der Patientin starben an Phthisis pulmonum. Pat. war nie eigentlich krank, war immer still und scheu, lernte schwer in der Schule. Seit dem 13. Jahre menstruirt, Menses wurden stets stärker, jetzt 8tägig, 3wöchentlich. Seit $1\,^1/_2$ Jahren bemerkt man an der Pat. schwere Abspannung, sie war immer müde, fand Nachts keinen Schlaf. Seit 6 Wochen will sie nicht mehr arbeiten, beständig beten. Vor 8 Tagen Menses, seither ist Pat. sehr erregt, hat beständig Angst, die Juden würden sie verbrennen, ist bald in inbrünstiges Beten versunken, bald äußert sie erotische Ideen, z. B. sie könne keinen Mann mehr ansehen, ohne den Wunsch zu haben, ihn zu besitzen.

Status praesens (bei der Aufnahme): Gut entwickeltes Mädchen, beständiger Wechsel der Gesichtsfarbe, bald wachsbleich, bald wieder hektisch geröthet. Haut glühend

anzufühlen. Puls 120, weich. Temperatur afebril. Pupillen weit. Pat. spricht laut und erregt, ist sehr ängstlich, hallucinirt lebhaft mit Gesicht und Gehör, schimpft und wehrt sich, hat Angst vor den Juden, die sie verhext haben, sie muss verbrennen, man liegt auf sie, sie muss ersticken, schreit laut auf, will fort, um bei andern Schutz zu suchen. Pat. gibt gute Auskunft, klagt über Kopf- und Leibschmerzen. Während der Nacht ist Pat. sehr unruhig, schreit auf, will beständig zum Bett heraus, hat schreckhafte Visionen und Hallucinationen, ist sehr widerspenstig.

Pat. ist die 2 ersten Wochen voller Angst, fürchtet sich vor Allem, was man thut, ist sehr unruhig, schreit laut auf, wird agressiv, wenn man sich ihr nähert, klagt, dass man sie verbrenne, auf ihrem Leib sitze, spürt Nadelstiche, hat Kopfweh, absolute Nahrungsverweigerung. Nach 3 Wochen erholt sich Pat. langsam, schläft Nachts ruhig, isst ordentlich, Gesicht meist blass, Puls ruhig. Pat. ist selten mehr ängstlich, aber in Allem etwas lahm und apathisch, antwortet erst nach langem Besinnen, hat Krankheitseinsicht, aber kein Heimweh. Hie und da geräth Pat. auch jetzt noch plötzlich in heftige Aufregung, fürchtet sich, verhext zu werden.

In den letzten 4 Wochen 2maliges Eintreten der Menses ohne Störung des psychischen Gleichgewichts. Ende des 3. Monats ist das Verhalten der Pat. noch immer etwas apathisch, doch nie mehr ängstlich, körperliches Befinden gut. Geheilt entlassen.

Ein Vorwiegen ängstlicher Vorstellungen im Krankheitsbilde zeigen uns auch die 2 folgenden Beispiele:

Fall 3. W. S., 22jähriges, gut entwickeltes Mädchen, erblich nicht belastet. Menses seit dem 15. Jahre regelmäßig. Charakter der Pat. von jeher scheu und zurückgezogen. Seit 2 Jahren wird Pat. beständig von Angst geplagt, ist sehr verstimmt und unruhig. Eine Ursache ihrer ängstlichen Stimmung wusste sie nicht anzugeben. In den letzten Wochen Ausbildung der Wahnvorstellung, gestohlen zu haben und deshalb von der Polizei verfolgt zu werden.

Im Zustande großer Angst und Beklemmung wird Pat. in die Anstalt gebracht, hört beständig von sich sprechen. Die Angst lässt allmählich nach, Wahnideen werden nicht mehr geäußert. Entlassung nach 3 Monaten als geheilt.

Fall 4. W. B., 21jährig., dem Alter entsprechend entwickeltes Mädchen, von geistig gesunden Eltern stammend. 1 Bruder erkrankte in den Pubertätsjahren aus Heimweh an Melancholie. Pat. bisher stets gesund, seit dem 15. Jahre regelmäßig menstruirt, ohne Beschwerden. Gemüthsart der Pat. bisher heiter. Vor 3 Monaten erfuhr Pat., dass ihr Bruder krank sei, was ihr sehr zu Herzen ging. Seit 3 Wochen hörte sie Stimmen, die ihr alles wiederholen, was sie selbst oder Jemand anderer gesagt hat. Sie gerieth dadurch in ängstliche Stimmung, verlor die Lust zur Arbeit und fühlte sich krank. Die letzten Tage war Pat. in großer Angst und Aufregung, ohne zu wissen warum; sie ging viel zur Kirche, machte sich Vorwürfe, dass sie nicht recht lebe, klagte viel über Kopfschmerzen.

Pat. wird in gedrückter, angstvoller Stimmung aufgenommen, hört in beiden Ohren Stimmen, zuerst was sie selbst gesprochen, dann was andere gesagt, zuletzt vernahm sie Vorwürfe und Schimpfworte. Pat. ist ruhig, gibt gut Auskunft, klagt viel über Kopfweh, zeigt keine Anomalien der vasomotorischen Innervation.

Nach Beendigung der starken Menses, die diesmal mit heftigen Molimina einhergegangen waren, ist Pat. frei von Stimmen und von Angstzuständen, ist wieder fröhlich und fleißig, nimmt zu an Gewicht. Nachdem auch die zweiten Menses ohne Störung verliefen, wird Pat. nach 2 Monaten geheilt entlassen und blieb seither (14 Jahre) gesund.

In den 2 folgenden Fällen beherrscht das Krankheitsbild eine gesteigerte gemüthliche Empfindlichkeit und Reizbarkeit, die sich in Ausbrüchen heller Verzweiflung äußert.

Fall 5. Z. M., 16jähriges Mädchen, körperlich gut entwickelt, noch nicht menstruirt, Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie sind nicht bekannt. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, war von sehr ernster Gemüthsart, Mutter

gesund. Pat. war in der Kindheit nie schwer krank, dagegen immer sehr schwächlich, der Charakter ernst und zurückgezogen. Sie genoss eine gute Erziehung, war geistig gut veranlagt, dagegen immer etwas ängstlich, wollte stets mehr leisten, als man von ihr verlangte. Ein halbes Jahr vor dem Eintritt in die Anstalt kam Pat. von ihrer Heimat weg zu einer Freundin der Mutter, wo sie stets brav und fleißig war. Die Menses waren bisher noch nicht eingetreten, dagegen litt Pat. im letzen $^1/_4$ Jahr viel an Congestionen nach dem Kopfe, hatte häufig Kopfschmerzen. Vor 2 Monaten sollte sie in einem Laden Beschäftigung finden, konnte aber dort erst $^1/_2$ Jahr später eintreten. Darob machte sie sich schwere Gedanken, bildete sich ein, sie werde sich nicht durchs Leben bringen können, sie sei zu dumm. Sie fing an, viel vor sich hin zu studiren, sprach wiederholt aus, es sei ihr alles verleidet. In der Nacht vor der Aufnahme in die Anstalt lief sie gegen den Rhein, blieb die ganze Nacht am Ufer sitzen und sprang gegen Morgen ins Wasser. Sie wurde herausgezogen und in die Anstalt gebracht.

Status praesens (bei der Aufnahme):

Dem Alter entsprechend entwickeltes Mädchen von gutem Ernährungszustand. Am Schädel nichts Abnormes, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Psychisch ist Pat. durchaus bei sich, sie weiß alles, sagt, sie habe den Tod gesucht, weil sie sich zu allem unbrauchbar fühlte, weint dabei. Pat. lässt sich gut leiten, verlangt selbst nach Arbeit, ist freundlich mit ihrer Umgebung. Während des 2 wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes ist die Stimmung immer gedrückt, Pat. studirt viel vor sich hin, ihren Schritt bereut sie sehr. In somatischer Beziehung viele Klagen über Kopfweh und Kopfdruck, besonders vormittags. Kopf und Gesicht zeigen stets große Neigung zu Congestionen, dabei ist der Kopf heiß, die Extremitäten kalt anzufühlen. Pat. blickt sorgenvoll in die Zukunft, macht sich viele Gedanken. Bei Besuch der Mutter äußert Pat. große Freude. Die weiteren Erkundigungen ergaben, dass wenige Wochen nach der Entlassung die Menses eintraten, und dass Pat. seither gesund blieb (6 Jahre).

Fall 6. H. H., 16jähr., gut entwickeltes, etwas anämisches Mädchen. Da die Mutter früh an Phthisis pulmonum starb, der Vater ein starker Potator ist, wurde sie von fremden Leuten erzogen, wo sie sich als tüchtig und fleißig erwies, dagegen gegen ihre Umgebung stets verschlossen war. Auftreten der Menses seit 2 Jahren regelmäßig und ziemlich stark. Seit $^1/_2$ Jahr zeigte Pat. auffallende Reizbarkeit und Empfindlichkeit, seit 6 Wochen tiefe melancholische Verstimmung. 5 Tage vor der Aufnahme im Anschluss an die Menses hochgradige Aufregung. Pat. glaubte sich verspottet von den andern Leuten, sprach wiederholte Selbstmorddrohungen aus, während der Nacht große Unruhe, heftige Angst. Bei der Aufnahme ist Pat. sehr erregt, fühlt sich gesund, gibt zu, sich sehr unglücklich zu fühlen, ohne zu wissen warum; keine Selbstanklagen. Pat. gibt gut Auskunft, klagt über Kopfweh, Schwere auf der Brust, große Schwäche.

Während ihres Anstaltsaufenthaltes ist Pat. anhaltend verstimmt, äußert wiederholt, dass sie sich sehr unglücklich fühle, zwischenhinein lacht sie hell auf. Nach 8 Tagen wird sie von den Angehörigen nach Hause genommen, weitere Schicksale waren nicht eruirbar.

Fall 7 gehört in den Rahmen der von Emminghaus als Nostalgie beschriebenen Krankheitsform.

Ein $14^1/_2$ jähriges Mädchen, hereditär nicht belastet, stahl seiner Hausfrau, bei der es als Stubenmagd angestellt war, aus Rache wegen einer erhaltenen Ohrfeige zahlreiche Gegenstände, die es versteckte, wovon es der Polizei selbst briefliche Anzeige machte, um die Frau ins Gefängniss zu bringen. Die Untersuchung ergab sofort, dass das Mädchen selbst die Briefe geschrieben und die Gegenstände versteckt hatte. Im Gefängnis, wohin es gebracht wurde, bereute es seine That sehr, weinte beständig, war vollständig verzweifelt, verlangte die schwersten Strafen, wollte sich selbst verstümmeln. Das Mädchen wurde der Irrenanstalt übergeben. Es war von sehr anämischem Aussehen, körperlich vollständig entwickelt, doch waren die Menses bisher noch nicht eingetreten. Die Aufregung dauerte in der Anstalt fort; da nach

14 Tagen kam zum ersten Male unter heftigen Krämpfen die Periode, darauf vollständige Beruhigung, Wiedereintritt des Schlafes und rasche Heilung des Ernährungszustandes.

Die Anamnese ergab, dass das Mädchen schon einige Zeit vor der eigentlichen Krankheit sehr erregbar geworden war, häufig an Kopfcongestionen litt, offenbar alles unter dem Einfluss der erschwerten Pubertätsentwicklung. Das ärztliche Gutachten wies nach, dass es sich hier um eine Handlung vor der vollendeten Entwicklung handle, das ganze Vorgehen des Mädchens bewies seinen unreifen Geisteszustand. Das Mädchen kam mit 14 Jahren aus einsamer Gegend in die Stadt in fremde Dienste, litt viel an Heimweh, mit welcher Grundlage die Handlung offenbar auch im Zusammenhang steht. Das Gericht anerkannte denn auch diese Auffassung und bestimmte, dass das Mädchen seiner Familie zur weiteren Erziehung zurückgegeben werde.

Unter den 5 Fällen männlicher Individuen zeigt Fall 8 die Verknüpfung melancholischer Verstimmung mit absurden Wahnvorstellungen.

G. J., 17 Jahre alt, Eltern gesund, Schwester der Mutter an Melancholie leidend. Pat. hat eine schwere körperliche Krankheit durchgemacht; körperlich stets schwächlich, geistig ordentlich entwickelt, in seinem Wesen scheu, leicht zu Verstimmungen geneigt. Vor 2 Monaten erkrankte die Mutter und wurde in das Krankenhaus gebracht, der Vater war unter Tags ebenfalls vom Hause fort auf seiner Arbeit. Darob fühlte sich Pat. sehr vereinsamt, verfiel in eine niedergeschlagene ängstliche Stimmung, weinte viel. Als Grund seiner Angst gab er an, er wisse, dass sich der Vater ertränken oder erhängen werde. Die Zukunft erschien dem Kranken hoffnungslos, er sah alles in den schwärzesten Farben, ohne zu wissen, warum; Selbstanklagen äußerte er nicht, Stimmen hörte er keine, dagegen vielfach Läuten während der Nacht. Schlaf und Appetit waren sehr gestört. In den letzten Tagen weinte er fast anhaltend, sprach nur noch wenig.

Status praesens (bei der Aufnahme): Magerer, anämischer Jüngling. Am Schädel nichts Abnormes zu finden,

innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Gesicht schmerzlich verzogen. Pat. spricht spontan kein Wort, antwortet nur selten und zögernd auf Fragen, sitzt oder steht meist weinend am gleichen Platze. Schlaf und Appetit sind mangelhaft.

Die Stimmung ist anhaltend gedrückt und weinerlich, Pat. spricht spontan nichts mehr, antwortet auf Fragen nur ungern, behauptet aus Kummer wegen des Vaters nicht schlafen zu können, verharrt oft stundenlang auf dem einmal eingenommenen Platze, will sich nicht beschäftigen, zeigt große Neigung, leichte Schmerzempfindungen stark zu übertreiben. Nach 4 Wochen Entlassung auf Verlangen des Vaters. Allmähliche Erholung auf dem Lande, nach 10 Jahren Recidiv.

Auch Fall 9 bietet eine Reihe wahnhafter Vorstellungen, die den Kranken ängstigen, so dass das ganze Krankheitsbild den Modus der Angst erhält.

S. J. 19jähr., kräftig gebauter Jüngling, Eltern gesund; Mutter des Vaters schwermüthig, Vater der Mutter nervös. Patient war körperlich stets gesund, lernte leicht, hatte stets ein reizbares Temperament. Die Erkrankung datirte von einem Tanzabend am Neujahrstag, wo Pat. in baccho excedirte. Bei seiner Rückkehr war er ganz verstört, äußerte schwärmerische religiöse Ideen, wollte beständig in die Kirche. Nach einigen Tagen Beruhigung des Zustandes. Im Herbst des gleichen Jahres erkrankte Patient neuerdiengs. Er wollte nicht mehr arbeiten, zog sich meist in eine dunkle Kammer zurück, wo er vor sich hinstarrte, unverständliche Worte murmelte, wobei das Gesicht den Ausdruck großer Angst zeigte. Er erzählt auf Fragen, dass er sich sehr unglücklich fühle, da man ihm nichts gönne, einmal gibt er auch an, er höre Stimmen, die ihn Tag und Nacht verfolgten. Während des Anstaltsaufenthaltes zeigte Patient anhaltend die gleiche deprimirte, ängstliche Stimmung, ist schwer zugänglich. Nach 4 Wochen wird Patient wieder nach Hause genommen, musste später anderswo bleibend versorgt werden.

Wie aus den dem Pubertätsalter eigenthümlichen Stimmungsanomalien allmählich eine Steigerung der ungezügel-

ten Gemüthstriebe bis zum höchsten Ungestüm sich entwickelt, lehren die 2 folgenden Fälle.

Fall 10. J. W. 17jährig. Eltern sind scheue Leute, durch das Alter etwas blöde geworden, Brüder der Mutter reizbar, Schwester derselben schwachsinnig, Sohn einer andern Schwester moralisch verkommen. Geschwister des Patienten gesund. Patient körperlich nie krank, geistig aufgeweckt, tüchtig. Im 15. Lebensjahr akuter Ausschlag am Rücken, bald darauf völlige Charakteränderung. Patient wurde unordentlich, unzufrieden, empfindlich, reizbar, streitsüchtig, fing an zu trinken, in seinen Arbeitsleistungen nachlässig zu werden. In den letzten 3 Monaten entwickelte sich eine melancholische Verstimmung, Patient fühlte sich unglücklich, zurückgesetzt, klagte viel über Schwere im Kopfe und auf der Brust, äußerte sehnsüchtiges Verlangen nach dem Tode, drohte häufig mit Selbstmord.

Geschlechtliche Extravaganzen, Onanie konnten nicht nachgewiesen werden. Der Appetit war schlecht, die Nächte ruhig.

Status praesens: (bei der Aufnahme). Kräftiger Körperbau, guter Ernährungszustand, Benehmen eckig und unbeholfen, Gesicht nicht unintelligent, am Schädel keine Abnormitäten, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Patient lässt sich ruhig hieher bringen, auf Fragen über körperliches Befinden antwortet er genau, sowie man auf die geistige Erkrankung kommt, bleibt er stumm.

In den ersten 4 Wochen zeigt Patient nur geringe Reaction; die Stimmung ist gut, Patient ist willig und folgsam, dagegen ist ihm alles gleichgültig, will keinen Besuch seiner Angehörigen, verlangt nie nach Hause. Beim Reden lebhaftes Mienenspiel, Mitbewegungen und Zuckungen der Gesichtsmusculatur, gibt über die letzten Jahre keinen Aufschluss, über anderes antwortet er rasch. Schlaf und Appetit sind ordentlich. Im 2. Monat wird Patient offener, psychisch freier, gegen seine Familie artiger, redet jetzt auch von seiner Krankheit, gibt dieselbe zu, erklärt sein schlechtes Betragen durch die Krankheit, fühlt sich jetzt wohler als seit Langem.

Die Mitbewegungen sind weniger stark. Anfangs des 3. Monats tritt Patient aus, ist noch etwas scheu wegen seines Anstaltsaufenthaltes, findet sich aber bald wieder in die häuslichen Verhältnisse. 10 Pfund Gewichtszunahme. Einige Jahre später Zuchthausstrafe wegen Eigenthumsvergehen, dann Auswanderung nach Amerika.

Fall 11. W. J. 20jährig, von gesunden Eltern stammend, bisher stets gesund, zeigte 14 Tage vor der Aufnahme plötzliche Charakteränderung, zog sich von seinen Bekannten zurück, fühlte sich sehr unglücklich, ohne zu wissen warum, hatte an nichts mehr Freude, hörte die Leute über ihn Schlechtes sprechen, sprang in den Rhein und wurde gerettet. Bei der Aufnahme ist Patient sehr deprimirt, spricht wenig aber klar, jede Bewegung scheint ihm eine Ueberwindung zu kosten, zieht sich von den andern zurück, in der Nacht große Unruhe.

Nach 14 Tagen ist Patient psychisch freier, hat Muth für die Zukunft, arbeitet spontan. Schlaf und Appetit sind gut. Beim Austritt nach 6 Wochen ist Patient noch etwas apathisch, sonst gut. Weitere Schicksale unbekannt.

Fall 12 bietet ein unreines Bild von Melancholie mit Symptomen hallucinatorischer Verwirrtheit und Manie, eine für diese Periode typische Mischform, erklärbar durch die unvollständige geistige Entwicklung dieses Alters. Wir reihen dieses Bild der vorwiegend melancholischen Elemente wegen unter diese Gruppe.

M. A. 17jähr., von väterlicher Seite keine Belastung, Vater der Mutter war ein bizarrer Mensch, starb durch Suiccidium. Patient war bisher stets gesund, von heiterer Gemüthsart, ein guter und fleißiger Schüler ohne Charaktereigenheiten. 8 Tage vor der Aufnahme machte Patient ein Jugendfest mit, ohne dass etwas Besonderes an ihm auffiel. Am folgenden Morgen zeigte sich plötzlich geistige Störung. Beim Mähen behauptete er, dass ihm die Leute immer das Gras fortnehmen, verließ deshalb die Arbeit und ging nach Hause, wo ihn plötzlich wieder andere Wahnvorstellungen plagten. Er hörte die höhnenden Stimmen längst von der

Heimat abwesender früherer Kameraden, beschuldigte seine Lehrer seiner Krankheit. Zu diesen Sinnestäuschungen gesellte sich Ideenflucht. Patient schrieb zusammenhanglose Briefe, wurde unruhig, zerriss seine Kleider, erkletterte den Giebel seines Hauses.

Status präsens (bei der Aufnahme am 10. August 1891). Gesund aussehender, normal entwickelter Jüngling mit breitem, hinten steilabfallenden Hinterkopf. Frisches aufgewecktes Wesen. In psychischer Beziehung besteht vollständige Desorientirtheit. Patient verhält sich ruhig, schläft Nachts ruhig.

12. August: Patient ist heute morgen ziemlich frei, gut orientirt, weiß die Vorkommnisse der letzten Tage, ist aber über seine Lage vollkommen gleichgiltig.

20. August: Heute depressiv weinerliche Stimmung, klagt, dass er nicht habe schlafen können, da er ein großer Sünder sei, spricht unzusammenhängendes Zeug, auch hypochondrische Klagen, somatisch besteht vollständiges Wohlbefinden. Vom 24. August bis zum 1. September besteht wieder bessere Stimmung, doch spricht Patient noch viel verworrenes Zeug. Vom 1. bis 10. September ist Patient meist deprimirt, auf Fragen giebt er unter Weinen und in gebeugter Haltung verwirrte Antworten. Darauf folgt wieder während der nächsten 4 Tage heitere Stimmung. Vom 15. September an besteht wieder Depression. Patient erhebt Selbstanklagen, meint, sein Vater werde ihn verfluchen, glaubt, er würde wegen seiner Vergehen vor Gericht gestellt, spricht alles mit leiser Stimme und gebeugter Haltung, klagt über schweren Kopf. Mit dem 21. September stellt sich wieder Heiterkeit ein. Patient arbeitet ordentlich, schreibt verständige Briefe an seine Eltern, Appetit und Schlaf sind gut. Dies hält an bis Anfangs October; während dieses Monats ist die Grundstimmung anhaltend eine deprimirte, doch ohne Äußerung melancholischer Wahnideen. Die Haltung des Patienten ist dabei eine gebeugte, der Gang langsam und schleppend, die Stimme leise, schwer verständlich. Morgens fühlt sich Patient schwer im Kopf, Abends leichter, spontan ohne Äußerung, nimmt er an der Umgebung keinen Antheil, lässt sich aber täglich zur Arbeit führen, ver-

hält sich dabei aber still. Es besteht nur wenig eigene Initiative. Abends bisweilen sucht Patient Lecture, gewöhnlich ein Gebetbuch. Mit Beginn des Novembers tritt allmähliche Lösung der psychischen Gebundenheit auf, die Haltung ist weniger gebeugt, der Blick freier, die Miene freundlicher, die Stimme lauter. 10. November: Die Besserung schreitet fort, keine subjectiven Klagen. Eine rechte Mittheilsamkeit anderen Patienten gegenüber mangelt jedoch immer noch. Es besteht nur verworrene und lückenhafte Erinnerung von der durchgemachten Krankheit. Die Stimmung ist gleichmäßig ruhig; den Ärzten gegenüber verhält sich Patient freundlich, mittheilsam und dankbar. Patient hat 4 Pfund zugenommen. Am 16. November Entlassung. Die 2 ersten Jahre lauten die Berichte günstig, weitere Nachrichten nicht erhältlich.

2. Aufgeregte Melancholie. Melancholia activa.

Statt des ruhigen Verhaltens treffen wir hier Unruhe und Aufregung, die sich bis zu den höchsten Graden steigern kann. Die Angst und Verzweiflung, die wir schon im vorigen Bilde gefunden haben, machen sich hier viel stürmischer und heftiger Luft. Die Kranken jammern und klagen unaufhörlich. Aber bei allem Lamentiren kann man sich des Eindruckes des Gemachten nicht erwehren. Die Kranken äußern ihre weltschmerzliche Stimmung in hochtrabenden, abenteuerlichen Redensarten, altklug klingendes Reden und Schreiben dient den oft abspringenden Gedanken zum Ausdruck. Manche Äußerungen zeigen kritiklose Auffassung, Hang zur Überschwänglichkeit. Den heftigsten Ausbrüchen des Schmerzes kann blödes Lachen auf dem Fuße folgen. Auch ihre Selbstanklagen haben etwas Bizarres an sich, wechseln zudem häufig.

Die Kranken wechseln häufig den Ort, ringen mit den Händen, sind bisweilen gewaltthätig gegen ihre Umgebung. Als Strafe für ihre Vergehen verlangen sie flehentlich den Tod, wiederholen unzählige Male, dass sie ihrer Missethaten wegen keine Nahrung mehr verdienen, nehmen aber die ihnen vorgesetzten Speisen bereitwillig. So sind auch ihre Gesichts-

züge bald schmerzlich verzerrt, bald sorglos und heiter, überhaupt macht sich ein Wechsel in der Stimmung sehr geltend. Wir finden diese Form bei 3 weiblichen Individuen, von denen 2 hereditäre Disposition aufweisen.

Fall 13. M. E. 21jähr. Eltern und 2 Geschwister sind gesund. Mutter und Großmutter mütterlicherseits haben ein melancholisches Temperament. Patientin entwickelte sich normal, war bisher stets gesund. Auftreten der Menses mit dem 15. Jahre, seither immer regelmäßig, mittelstark, ohne Molimina. Seit 2 Monaten fühlt sich Patientin müde, klagt viel über Kopfweh, wurde hie und da von Angstzufällen befallen, ohne zu wissen, warum. In den letzten 8 Tagen macht sich Patientin beständig Vorwürfe, dass sie einer befreundeten Familie Grüße geschickt habe; allmählich steigert sich ihre Unruhe darüber so sehr, dass sie behauptet, nicht mehr leben zu können. Sie jammerte und stöhnte Tag und Nacht, wollte nicht mehr essen.

Status präsens (bei der Aufnahme). Guter Ernährungszustand, blasse Schleimhäute, Schädel normal gebaut, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Patientin ist voller Angst und Verzweiflung, weint ohne Unterlass, weil sie unrecht gehandelt habe. Näheres ist nicht aus ihr herauszubringen.

Während der 3 ersten Monate hält die ängstliche, verzweifelte Stimmung an. Patientin weint viel, erhebt immer dieselben Selbstanklagen gegen sich, sie habe ihre Schwester verläumdet, ihre Eltern in's Unglück gestürzt, macht sich darob schwere Gewissensbisse, sagt, sie dürfe von jetzt an zur Strafe nicht mehr essen, isst aber trotzdem alles, was man ihr vorsetzt. Sie klagt häufig über innere Unruhe, springt einmal Abends in das Becken des Springbrunnens im Garten. Der Schlaf ist durch schwere Träume gestört, der Appetit gut.

Aus einem Briefe von dieser Zeit an ihre Eltern entnehmen wir folgende Stelle:

„Meine Ärmsten!

Keine Stunde habe ich bisher zweckmäßig zugebracht, immer trachtete ich nur andern Menschen zu schaden, Lug

und Trug immerfort. Alle edlen Herzen habe ich zermalmt. Jetzt handelt es sich aber nicht nur um unsere ganze Familie, sondern um die ganze Welt. Alle die mich pflegen, müssen ja um mir schlechten Person willen, alle ihre Ruhe und Freude verlieren. Mit meinem rohen Wesen habe ich nun die Freiheit aller Völker gestört. Das Verbrechen nimmt kein Ende, bis sich die ganze Welt gesühnt hat. Alle ehelichen Bande sind gelöst durch meinen furchtbaren Wandel. Alles ist durch mich für Zeit und Ewigkeit seiner Ruhe beraubt. Ich hätte für keinen Rappen mehr verzehren sollen, nachdem ich tausendfache Intriguen angefacht. So wahr es einen Gott gibt, kann man mich nicht mehr heilen. So wahr ich lebe, so bereue ich jeden Tag, jede Stunde, weil ich meinen Tod noch nicht gesucht, verlangt vom Arzt Gift, damit ich nach Hause gehen kann. Zuerst soll man aber nach Hause schreiben, dass sie jetzt ganz gesund sei, dann noch einige Tage zu Hause zuwarten, bis Alles geordnet ist. Dann müsste ich, o Jammer, meinen Eltern und Geschwistern einen Todestrank bereiten, (natürlich ohne ihr Wissen). Bin ich jetzt so grausam gewesen, so muss ich jetzt als Strafe auch dies noch vollziehen können. Ich Mörderin will mich dann vor Gericht stellen, damit man mich bestrafen kann. Es war mir nur ein Ausweg geboten und diesen hab' ich verpasst, jetzt muss es auf eine entsetzliche Art zum Abschluss kommen. Haben Sie Erbarmen, lassen Sie mich es thun, es gibt keinen anderen Ausweg. Eure millionenfache Verbrecherstochter."

Im 4. Monat tritt eine deutliche Remission ein. Patientin ist ruhiger und vernünftiger, weint aber noch häufig; der Schlaf ist jetzt gut. Ende des 4. Monats: Patientin ist jetzt ruhig und munter, psychisch frei, der Gesichtsausdruck ist heiter. Während des 5. Monats hält das normale Verhalten ungestört an, so dass Patientin Anfang des 6. Monats entlassen werden kann. Die Menses waren während der ganzen Krankheit ausgeblieben, stellten sich 6 Wochen nach der Entlassung wieder ein von normaler Dauer und ohne Störung des psychischen Wohlbefindens.

Patientin ist seither (15 Jahre) gesund geblieben.

Fall 14. T. S. 21jähr. Vater gesund, Mutter war während ihrer letzten 10 Lebensjahre wegen Melancholie in ärztlicher Behandlung, 2 Schwestern der Mutter sind geistig abnorm. 7 Geschwister der Pat. sind gesund. Pat. ist das jüngste. Als Kind war sie stets schwächlich, litt lange an schreienden Gichtern, wenig begabte Schülerin, leicht erregbar. Die Menses stellten sich im 16. Lebensjahre ein, seither regelmäßig und profus. Seit 4 Wochen ist Pat. in einem strengen Dienst, wobei sie körperlich sehr angestrengt wurde. Pat. wurde ängstlich bei Allem, was sie zu thun hatte, verlor den Schlaf. Vor 14 Tagen, 2 Wochen zu früh, Auftreten der sehr profusen Menses. Vor 10 Tagen fing sie an zu jammern und zu heulen, sie sei gar nichts mehr, drohte, sie werde in den Rhein springen oder sich den Hals zusammenschnüren, machte aber nie einen Selbstmordversuch, nahm nur noch wenig Nahrung zu sich.

Während des 5 monatlichen Anstaltsaufenthaltes zeigt Pat. sehr wechselndes Benehmen. Bald arbeitet sie ruhig, bald ist sie in großer Angst und motorischer Erregung, wo sie rastlos hin und her eilt, dringend verlangt, dass man sie umbringe, da sie unwürdig sei zu leben. Einmal versucht sie auch eine Nadel herunter zu schlucken. Meist ist die Stimmung deprimirt und ängstlich, dazwischen aber ab und zu heiter und ausgelassen. Nach 5 Monaten Entlassung bei noch ziemlich ängstlicher Stimmung und absoluter Einsichtslosigkeit. Weiteres nicht eruirbar.

Fall 15. D. A. 20jähr. Eltern und 6 Geschwister gesund. Großvater väterlicherseits im Alter blödsinnig. Pat. war stets schwächlich, zeigt immer ein scheues, schreckhaftes Wesen. $^1/_4$ Jahr vor dem Eintritt plötzliches Weinen, Pat. glaubte, sie müsse sterben, man hole sie, behauptete, dass ihre Mutter nicht die rechte sei. Dies wiederholt sich öfters, bisweilen ist Pat. agressiv gegen ihre Mutter.

Bei der Aufnahme zeigen die Gesichtszüge der Pat. Angst und Verzweiflung, sie weint und stöhnt laut, geht erregt umher, ringt mit den Händen, zittert mit dem ganzen

Körper, dazwischen bisweilen fröhliches Lachen. Nach zwei monatlicher Behandlung allmählich normale Stimmung, seither (4 Jahre) blieb Pat. gesund.

3. Melancholie mit Stupor.

Von unseren 6 Fällen betreffen 5 weibliche, 1 männliche Individuen, 3 mal bildet die Pubertät die alleinige Ursache, bei den 3 anderen besteht zudem noch hereditäre Disposition. Nach einem Prodromalstadium, in welchem sich Störungen der Menstruation, Anämie, Kopfschmerzen, Änderungen des Charakters bemerkbar machen, bricht die Krankheit meist plötzlich auf eine Gelegenheitsursache hin aus. Dieselbe zeigt im Beginn ängstliche Erregung mit lebhaften Hallucinationen von Seiten des Gesichts und des Gehörs, mit abnormen Sensationen, sowie von Anfang erheblicher Störung des Schlafes. In einem Falle finden wir das ängstliche Delirium hauptsächlich von Vorstellungen aus der religiösen Sphäre begleitet. Nachdem diese Periode einige Tage bis mehrere Wochen gedauert hat, tritt allmählich das Stuporstadium ein. Die Kranken sind völlig reactionslos, sitzen oder stehen am gleichen Platze in gebeugter Haltung mit gesenktem Blick, starrem Gesichtsausdruck, der sich aber zuweilen ganz abrupt zu lautem Lachen aufhellen kann. Das Aussehen ist blass, die Respiration oberflächlich, der Puls klein und frequent, die Temperatur niedrig, die Se- und Excrete gehen ungehindert ab. Einige, die leichteren Formen, lassen sich in ihrer Bewegungsfähigkeit durch äußere Einwirkungen beeinflussen, sie zeigen ein passives Verhalten gegenüber an ihrem Körper vorgenommenen Veränderungen (flexibilitas cerea), andere, 4 von unsern Fällen, sind absolut steif und starr und setzen jeglichen passiven Bewegungsversuchen den heftigsten Widerstand entgegen. Nicht selten treten dazwischen plötzliche und vorübergehende Perioden hochgradiger Erregung bis zu $^1/_2$ stündiger Dauer. Dieselben sind begleitet von impulsiven Handlungen, monotonem Wiederholen derselben Worte und dergleichen mehr. Mairet [51] betrachtet dies als charakteristisch für den puberalen Stupor; er betont, dass derselbe

sich dadurch von dem anderer Lebensalter unterscheide. Bei Fall 21 sehen wir einen proteusartigen Wechsel zwischen Zuständen des Stupors und ängstlicher oder heiterer Erregung.

Das Stuporstadium dauert Wochen bis Monate und geht dann allmählich in Genesung über. In zweien unserer Fälle geht derselben ein längeres Reactionsstadium der Erregung voraus. Nach der Aufhellung des Bewusstseins erzählen die Kranken von schwerer Angst, die sie während der Stuporperiode gequält hat. Von unseren 6 Fällen gehen alle in Genesung über.

Mairet ([51]) sieht in der stuporösen Melancholie eines der für das Pubertätsirresein charakteristischen Krankheitsbilder, er bezeichnet es als „lypemanischer Stupor“ und versteht darunter die Melancholia cum stupore Baillargers oder die Katatonie Kahlbaums.

Kahlbaum ([37]) selbst betrachtet die stuporöse Melancholie nur als Theilerscheinung eines Processes, nicht als selbständige Krankheit. Sie ist eine der Zustandsformen der Katatonie, die Kahlbaum als eine Krankheit mit cyklisch wechselndem Verlaufe definiert, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliches Symptom erscheinen.

Wir verhalten uns ablehnend gegen die Aufstellung der Katatonie als besondere Krankheitsform, da wir gerade bei unsern Krankheitsbildern manche von Kahlbaum als charakteristisch hervorgehobene Züge häufig und selbst dauernd vorkommen sehen. Dazu gehören das eigenthümlich Pathetische im Benehmen, hochgeschraubte Ausdrücke, Selbstgefühlsüberschwänglichkeit, Verbigeration, Neigung zur Negation, Monotonie des manischen Handelns, das Vorkommen bizarrer Gewohnheiten in Bewegung und Haltung, Hervortreten von prononciertem, gewohnheitsmäßigem Thun.

Fall 16. J. M. 20jähr. Vater gestorben an Delirium tremens, Mutter gesund, hatte während der Schwangerschaft heftigen Gelenkrheumatismus. Patientin war als Kind sehr zart aber nie schwer krank, in der Schule erwies sie sich als sehr begabt und eifrig. Menses seit dem 16. Jahr nie ganz regelmäßig, mittelstark. Vor 3 Jahren wurde Patientin von einer Mitschülerin als Conterfei benützt, seither fasste sie zu derselben eine tiefe Neigung. Vor $^1/_2$ Jahr starb nun diese Mitschülerin, was aber diesem Verhältnis keinen Einhalt that. Vor ihrer Abreise in eine Pension suchte Patientin sich die Photographie der Freundin zu verschaffen mit dem Ausdruck, dass sie närrisch werde, wenn sie dieselbe nicht erhalte. Als sie dieselbe dann wirklich hatte, sagte sie, dass sie jetzt aus Freude närrisch werde. 8 Tage vor der Aufnahme reiste Patientin ab, litt aber vom 1. Tage an an Heimweh, 3 Tage später gerieth sie in einen Zustand ängstlicher Erregung, wollte sich wiederholt zum Fenster hinausstürzen. Während dieser Tage zeigten sich auch Spuren eines Menstruationsflusses, sie soll stark aus der Nase geblutet und einmal Blut gebrochen haben. Am Tag vor der Aufnahme gieng das Erregungsstadium in ein stuporöses über, die Kranke wurde reactionslos, stumm, verweigerte jegliche Nahrung.

Status praesens (bei der Aufnahme). Schwächliche, zarte Constitution, kleiner Körperbau, Kopf warm und geröthet, starker Speichelfluss, Puls 96, Temp. afebril. Die Kranke ist reactionslos, Haltung gebeugt, Blick gesenkt, Gesichtsausdruck leidend, Bewusstsein vorhanden, Patientin gibt hie und da mit leiser, monotoner Stimme richtige Antwort, spontan spricht sie nichts, sitzt immer am gleichen Platze.

Während des ersten Monats verhält sich Patientin meist apathisch; man muss ihr zu jeder Bewegung noch den äußern Anstoß geben; dabei zeigt sich nur geringe oder keine Resistenz, keine Starre, manchmal spricht sie auf Fragen ein leises Wort, sieht den Fragenden immer mit Verständnis an, am Abend oft laut vor sich hinlachend, ohne etwas dazu zu sagen. Puls immer noch gegen 100, Patientin sieht weniger anämisch aus, nimmt jetzt gerne Nahrung zu sich, die Zunge ist noch

stark belegt. Im zweiten Monat wird Patientin psychisch freier. Bisweilen ist sie munter und gesprächig, meist aber doch noch wenig psychisch reagierend, wenig spontan sprechend, dagegen viel lachend, in allem noch schwerfällig und langsam. Manchmal mischen sich plötzliche, vorübergehende Zustände lebhafter Aufregung mit gewaltthätigen Handlungen, von $^1/_4$—$^1/_2$ stündlicher Dauer ein. Im dritten Monat schreitet die Besserung rasch vorwärts, Patientin wird frischer, munterer und gesprächiger, energischer in allen ihren Bewegungen. Die Erinnerung an die vergangene Krankheit ist sehr rudimentär, sie habe in der Pension starkes Heimweh gehabt, weiß aber nichts von der Reise hieher, sie sei viel von Angst geplagt gewesen, warum sie nie gesprochen, wisse sie nicht. Die Menses gehen ohne Störung des geordneten psychischen Verhaltens vorüber. Einmal stellt sich wieder ein plötzlicher Aufregungszustand ein, sie springe ins Wasser, dann habe die Quälerei ein Ende, doch will Patientin nachher nichts mehr wissen davon. Auch wird wie früher nachts oft lange anhaltendes Lachen beobachtet, an das sich Patientin am Morgen nicht mehr erinnern will. Nach 3monatlichem Anstaltsaufenthalt tritt Patientin geordnet, munter, lebhaft und thätig, bei körperlichem Wohlbefinden aus. Gewichtszunahme 9 ℔. Patientin ist seither (10 Jahre) gesund geblieben.

Fall 17. N. C. 16jähr. Onkel mütterlicherseits geistig schwach, sonst keine erbliche Belastung. Patientin ist 6 Wochen zu früh geboren, war als Kind immer schwächlich, hatte im 2. Lebensjahre vorübergehende Convulsionen, entwickelte sich geistig normal, lernte gut, von Gemüthsart still, zurückgezogen. Mit 14 Jahren traten die Menses ohne Beschwerden ein, blieben seither regelmäßig, stark.

Beginn der Störung vor 3 Monaten. Pat. weinte häufig, fürchtete, es werde ein Unglück geben; kurz vorher war Pat. durch Umstürzen eines Fensters sehr erschreckt worden, die bisher regelmäßigen Menses blieben aus. Von da an wurde Pat. stiller, schlaflos, sah nachts Gespenster. In den letzten 6 Wochen ist Pat. anhaltend in ängstlicher Erregung, fürchtet, man wolle sie schlagen, sieht Gespenster ihr nachlaufen, hört

sie mit ihr sprechen, klagt über allerlei Parästhesien, Beklemmung in der Herzgegend, Globusgefühl, heftiges Kopfweh, äußert hie und da auch Versündigungsideen, sie sei nichtswürdig. Appetit und Schlaf sind sehr gestört. Körperliche Überanstrengung ist der Erkrankung nicht vorausgegangen.

Bei der Aufnahme ist Pat. ganz still, regungslos, apathisch, staunt vor sich hin, gibt keine oder nur zögernd leise Antwort, die Gesichtszüge sind ausdruckslos. Kopf und Gesicht sind blauröthlich, die Extremitäten kalt. Pat. ist gut entwickelt, der Schädel brachycephal. Am Hals zeigen sich alte Drüsennarben, der Speichel fließt reichlich aus dem Munde. Pat. verweigert die Nahrung, muss gefüttert werden, im Stuhl und Urin ist sie unreinlich.

Der Stupor dauert circa 8 Wochen an, darauf folgte ein circa 2 wöchentliches, leichtes maniakalisches Erregungsstadium, das allmählich unter Zunahme der Ernährung und Wiederkehr der geordneten Menses, nach 4monatlichem Anstaltsaufenthalt in vollständige Genesung übergeht. Weitere Schicksale waren nicht zu eruieren.

Fall 18. K. C. 18jährig, hereditär nicht belastet, Vater gestorben an Phthisis pulmonum. Pat. außer Chlorose nie krank, lernte in der Schule gut, arbeitet seit 4 Jahren in der Fabrik. Menses seit dem 13. Jahr regelmäßig, zuletzt vor 3 Wochen. Seit $^1/_4$ Jahr hat Pat. eine Liebschaft, die von den Eltern verboten wurde. Darob wurde Pat. sehr verstimmt und als sie vor 3 Tagen erfuhr, dass ihr Liebhaber nichts mehr von ihr wissen wollte, gerieth sie in einen heftigen Erregungszustand, schlug um sich, wälzte sich am Boden, weinte Tag und Nacht.

Bei der Aufnahme ist Pat. sehr ängstlich, zittert am ganzen Körper, jammert laut, spricht sonst fast nichts. Abends wird sie getroffen, wie sie die Extremitäten starr vor sich streckt, die Augen verdreht, ohne das Bewusstsein zu verlieren. Der Schlaf ist sehr unruhig.

Die ersten 6 Wochen verharrt Pat. in ängstlicher Stimmung, stößt hie und da einzelne abgebrochene Worte hervor, muss anfangs zum Essen genöthigt werden, die Muskeln

zeigen vorübergehende Starre. Jede Bewegung ist der Pat. unangenehm und schwierig, abends ist ihr das Kleiderausziehen peinlich. Der Puls ist gewöhnlich beschleunigt, der Schlaf außer die ersten 2 Wochen ruhig. Mit Wiederkehr der seit 3 ½ Monaten ausbleibenden Menses stellt sich allmählich wieder ruhige, heitere Stimmung ein, sodass Pat. nach 4monatlicher Behandlung geheilt entlassen werden kann, um bald nachher ihre gewohnte Arbeit zur Zufriedenheit wieder verrichten zu können. Die ersten 2 Jahre blieb Pat. gesund, weiteres unbekannt.

Fall 19. F. A. 18jährig. Vater gesund, Mutter gestorben an Phthisis pulmonum, hatte viel Kopfweh, war sehr „nervös", zwei Verwandte der Mutter sind geisteskrank. 1 Schwester der Pat. erkrankte im Anschluss an das erste Auftreten der Menses an Melancholie. Pat. entwickelte sich normal, lernte gut. Menses seit 3 Jahren unregelmäßig, seit dieser Zeit leidet Pat. viel an Kopfweh und Nasenbluten, zeigte auch eine Änderung des Charakters, wurde reizbar, aufbrausend, eigensinnig. 2 Monate vor der Aufnahme kam Pat. von einem Spaziergange ganz verändert zurück, sprach allerlei confuses Zeug. Von da an blieb sie auffallend still, studierte vor sich hin, verharrte viel am gleichen Platze, antwortete nur selten auf Fragen, verweigerte die Nahrung, war nachts sehr unruhig, litt an hartnäckiger Verstopfung.

Bei der Aufnahme ist Pat. sehr ängstlich, gibt auf Fragen nur wenig Antwort, ist schwer besinnlich, weiß nicht, wann sie geboren wurde, die Stimme ist leise, der Gesichtsausdruck starr, zuweilen ängstlich, der Puls klein und frequent, die Muskeln zeigen leichte Starrheit, die Hände und Füße sind cyanotisch, kalt anzufühlen. Pat. ist klein und mager, hat geschwollene Halsdrüsen, die Lungen sind gesund.

Allmählich prägt sich die Neigung zu Negationen immer mehr aus, Pat. sagt hie und da, dass sie das und das nicht wolle, will nicht essen, wird in allem unfolgsam, sonst spricht sie spontan nichts, verhält sich ganz theilnahmslos, die Muskeln zeigen große Starre, besonders bei passiven Bewegungsversuchen. Nach 4monatlicher Behandlung werden die freien

Momente allmählich häufiger, die Bewegungen und der Gesichtsausdruck werden lebhafter, die Stimme kräftiger. Nachdem die bisher ausgebliebenen Menses sich wieder eingestellt hatten, erholt sich Pat. sehr rasch vollends. Pat. blieb seither (15 Jahre) gesund.

Ein ähnliches Bild zeigt

Fall 20. K. J. 20jährig, mütterlicherseits hereditär belastet. Menses bisher erst 3mal in unregelmäßigen Zwischenräumen eingetreten. Die bisher fröhliche und lebhafte Patientin wurde plötzlich still, starr und theilnahmslos. Heilung nach 4monatlicher Behandlung, weiteres nicht bekannt.

Von männlichen Individuen steht uns nur

Fall 21 zur Verfügung. C. 21jährig. Vater Potator, Mutter gestorben an Phthisis pulmonum. In der Kindheit machte Patient 2mal sehr heftige Gehirnentzündungen durch, litt seither viel an Kopfweh. Die Constitution des Patienten war von jeher eine sehr zarte, in seinem Wesen war er heiter, lebhaft aber sehr erregbar. Im Anschluss an eine Pleuritis, die Pat. 6 Wochen vor der Aufnahme durchmachte, fiel eine Änderung seiner Gemüthsart auf; er wurde schwermüthig, fieng an, an seinem Seelenheil zu zweifeln, sprach von der Ewigkeit, von der Verdammung seiner Seele, wurde wortkarg, war meist regungslos und starren Blickes, verweigerte die Nahrung.

Status praesens (bei der Aufnahme). Anämisches, schwächliches Aussehen, Temperatur normal, Puls 96, links kleines pleuritisches Exsudat, Blick starr, furchtsam. Pat. spricht nichts, lacht bisweilen plötzlich hell auf, isst nur gezwungen, aufgefordert gibt er seine Hand.

Das Verhalten des Pat. ist ein sehr wechselndes, Pat. fängt plötzlich zu weinen an, im nächsten Augenblick spielt er lustige Lieder auf dem Clavier, dann bezeugt er große Angst, glaubt bald sterben zu müssen, man wolle ihn vorher mit glühenden Zangen martern. Am nächsten Tage sagt er, er hätte jetzt eingesehen, dass man überhaupt nicht sterben könne, deshalb mache er sich Vorwürfe, dass er als Mediciner Menschen seciert habe. Diese seien in Wirklichkeit gar nicht

todt gewesen und hätten seinetwegen die größten Qualen erdulden müssen. Er macht auch Andeutungen, dass er gar nicht der sei, dessen Namen er führe; er sei ein ganz anderer, viele Schlachten hätte man seinetwegen geschlagen, spricht von Napoleon und Christus, lacht zwischen seiner Erzählung hie und da plötzlich auf. Darauf folgt eine anhaltende Periode großer Angst und Hoffnungslosigkeit. Pat. weint viel, bittet, ihn zu zerstückeln, hält sich für den unglücklichsten Menschen, will nicht mehr essen, um bald sterben zu können, nimmt das Essen aber doch. Bald legt er sich plötzlich auf den Boden, behauptet, jetzt müsse er sterben, wundert sich dabei, dass er trotzdem noch so kräftig sei, dann wieder stößt er mit großer Kraft den Kopf gegen die Wand, ein andermal will er sich aus dem Fenster stürzen. Er erzählt von lebhaften Gehörshallucinationen. Zuweilen steigert sich der angstvolle Zustand zu hochgradiger Erregung, wo Pat. um sich schlägt, sich in die Hand beißt, thut, als ob er sich die Augen ausreißen wollte. In den ruhigen Momenten ist Pat. vollständig schlaff und hoffnungslos, spricht bisweilen dann ganz verständig mit tonloser Stimme, erzählt von Stimmen, die ihn ermahnen, Gift zu nehmen, die Nahrung zu verweigern. Er fühlt, dass er das thun wollte, aber es fehlt ihm die Kraft dazu, das Leben kommt ihm doch reizend vor.

Dieses Stadium geht allmählich in einen, während des zweiten Monats andauernden Stuporzustand über. Einmal wird Pat. getroffen, wie er todtenähnlich im Bett liegt, mit vollständig starrer Musculatur, völlig stumm. Die Starre betrifft hauptsächlich den Oberkörper und zwar besonders rechts. Auch am folgenden Tag hält dieser Zustand an, abends lässt er etwas nach. Pat. erzählt, er habe alles gehört, habe aber vor Angst nicht reden können, erklärt, es sei mit seinem Leben aus, nimmt aber doch spontan Nahrung zu sich. Die Nächte sind meist ruhig, Pat. wacht gewöhnlich früh auf, blickt dann plötzlich starr auf einen Punkt, der ganze Körper wird steif, reactionslos. Dazwischen kommen ruhige Augenblicke, wo Pat. Nahrung zu sich nimmt, nach Büchern verlangt, blickt dann aber nur die erste Seite an, weiß nachher

nicht, was darin steht, antwortet ganz gedankenlos. Andere Male springt er plötzlich auf, will zur Thüre hinaus, stöhnt dann leise, jammert: „ich darf nicht," „es muss sein." So treibt er's stundenlang und ist nicht zu beeinflussen. Führt man den Pat. spazieren, so lässt er sich einfach fallen. Ende des zweiten Monats ergibt die Temperaturmessung atypisches Fieber, ohne dass die physikalische Untersuchung etwas Positives nachweisen lässt. Während dieser Zeit verhält sich Pat. bald tagelang apathisch und schlaff, bald ist er in andauernder, ängstlicher Erregung, hat lebhafte Gehörshallucinationen und Visionen. Neigung zur Starre ist höchst selten. Sobald das Fieber aufhört, bessert sich das Allgemeinbefinden sehr rasch. Die Stimmung schlägt jetzt in ausgelassene Heiterkeit um, Pat. singt fröhliche Lieder, ist voll guter Hoffnung, hat aber auch Krankheitseinsicht, hofft auf baldige Genesung. Zwischenhinein fällt ganz plötzlich vorübergehende ängstliche Depression mit lautem Weinen, ungeordneten, unruhigen Bewegungen, vollständiger Hoffnungslosigkeit. Körperlich besteht vollständiges Wohlbefinden, der Appetit ist ausgezeichnet. Dieser Zustand geht anfangs des vierten Monats in gesteigerte Erregung über. Pat. fühlt sich ganz gesund, schimpft über die unsinnige Behandlung, wird dann wieder ironisch, bespöttelt und verdreht alles. Beim Reden variiert er häufig denselben Satz, reiht oberflächliche Gedanken aneinander oder wiederholt viertelstundenlang dasselbe Wort „gar zu viel" unermüdlich mit derselben Betonung, macht dazu fürchterliche Fratzen und steife Bewegungen, bricht dann plötzlich ab und witzelt wie vorher. Lässt sich während dieser Zeit nicht beeinflussen. Nachts stört er die Mitpatienten durch stundenlanges Wiederholen desselben Wortes. Die Erregung steigert sich oft hochgradig, dann wird Pat. plötzlich ganz ruhig, lässt sich völlig gehen und alles mit sich machen, reagiert auf gar nichts mehr, blinzelt höchstens mit den Augen. Soll er in's Bad gehen, so springt er in's Bett, sagt nein und lässt sich völlig passiv in's Bad tragen. Auch lässt er sich willig füttern, zwischen jedem Bissen sagt er leise dasselbe Wort, wird dann auf einmal wieder gesprächig und witzelnd. Einmal verharrt

Pat. 7 Tage in einem Stuporzustand, er nimmt gar keine Nahrung mehr, schließt krampfhaft den Mund zu, muss deshalb durch die Nase gefüttert werden, was er ohne Widerstand geschehen lässt. Den Urin lässt Pat. in's Bett, Stuhl erfolgt nur auf Klystiere. Er spricht kein Wort, lässt alles mit sich machen. Puls und Temperatur sind normal.

Als Pat. am 8. Tage sollte gefüttert werden, fängt er plötzlich an jämmerlich zu klagen, erzählt, wie er eben in eine wehmüthige Stimmung gerathen sei, als er seinen Zustand überdachte. Er ist jetzt sehr beweglich und lebhaft, freundlich und dankbar, nachher kommen aber schon witzelnde und ironische Bemerkungen dazwischen. Während seines Stupors habe er kein Verlangen zum Essen und zum Reden gehabt, es sei ihm oft ängstlich gewesen, halluciniert hätte er nie, man habe ihn ja nicht zum Essen aufgefordert. Jetzt isst er mit Appetit, ist voller Hoffnung, fängt an zu lesen, ist fröhlicher Stimmung.

In der folgenden Zeit ist Pat. meist gereizt und boshaft, geht lebhaft hin und her, benimmt sich herausfordernd, ist völlig einsichtslos. Auf solche Erregungszustände kann plötzlich Stupor mit Starre folgen. Der körperliche Zustand ist ganz gut, der Schlaf noch etwas unruhig. Mit Beginn des 6. Monats tritt Besserung ein. Pat. spricht jetzt selbst von schwerer Krankheit, die er durchgemacht, drängt nicht mehr fort. Er ist artig, aber noch nicht ganz frei, lächelt noch öfter befangen, liebt theatralische Stellungen, hat noch zu großes Selbstvertrauen. Bisweilen besteht mäßige Verstimmung, das subjective Befinden ist ganz gut. Ende des 6. Monats im Reactionsstadium der Erregung versuchsweise Entlassung nach Hause. Weiteres siehe unter Manie, Fall 46.

Vorkommen. Ätiologie.

Unsere 21 Fälle von Melancholie vertheilen sich auf 15 weibliche und 6 männliche Individuen. Nach Regis[15] und Berkhan[32] scheint das Pubertätsirresein eher als depressive denn als manische Form aufzutreten, Levinstein[22] sah die Pubertät als Ursache der Melancholie besonders bei weiblichen Individuen, er betont, dass im jugendlichen Alter und

im Senium die weiblichen Individuen überwiegen, während beide im vorgeschrittenen Alter einander gleichstehen. Esquirol[1]) dagegen sagt, dass Melancholie eher das Erbtheil des reifen Alters sei. Auch Clouston[23]) Blandford[14]) und Rousseau[29]) beobachteten Melancholie im Pubertätsalter viel seltener als Manie. Clouston zählt 22% Fälle mit Depression, 78% mit Exaltation, Blandford beobachtete unter 57 Pubertätspsychosen innerhalb 5 Jahren im St. Lucas-Hospital nur 8 Melancholien.

In unseren 21 Fällen steht als vorwiegendes pathogenetisches Moment ohne Ausnahme der Process der Pubertätsentwicklung für die Entstehung der Geistesstörung obenan. Dieser Process kann, wie Mairet[51]) hervorgehoben, einen normalen physiologischen Verlauf nehmen oder einen schwierigen pathologischen. Dieser letztere kennzeichnet sich beim weiblichen Geschlecht durch erschwerten Eintritt der ersten Menses, vorausgehende congestive Zustände, krampfhafte Schmerzen im Abdomen, Kopfschmerzen, Unregelmäßigkeiten der einmal eingetretenen Menstruation, Chlorose; beim männlichen Geschlecht hauptsächlich durch cerebrale Erregbarkeit. Von unseren 15 weiblichen Patienten weisen 6 Störungen der Menses, 4 langdauernde erhebliche Beschwerden bis zum endlichen Eintritt der ersten Menstrualblutung auf. 9 unserer Patienten erscheinen individuell prädisponiert zu geistiger Erkrankung, bei 7 finden wir in der Anamnese scheues, ängstliches Wesen, bei 2 reizbares Temperament angegeben. Bei 10 unserer Fälle besteht hereditäre Disposition, 2 stammen von Müttern, die ebenfalls schon an Melancholie erkrankt waren. Von Gelegenheitsursachen finden wir 7mal deprimierende Affecte angegeben, 1mal tritt die Krankheit nach langer und schwerer körperlicher, 1mal nach geistiger Überanstrengung, 1mal nach fieberhafter Krankheit, 3mal im Anschluss an die letzten Menses auf.

Im Verlauf der Krankheit beobachten wir wie bei der Melancholie der Erwachsenen zumeist ein Stadium incrementi, ein Höhestadium und ein Stadium decrementi. Auch Exacerbationen und Remissionen fehlen natürlich nicht. 2 Krank-

heitsfälle entsprechen nicht dem gewöhnlichen Bilde der Melancholie, sondern zeigen etwas Atypisches, eine stürmische Mischung verschiedener Zustandsformen, allerdings mit Vorwalten melancholischer Elemente, ein Vorkommen, das der unvollständigen, geistigen Entwicklung dieses Alters entspricht. In 3 Fällen sehen wir der Heilung ein maniakalisches Reactionsstadium vorausgehen. Die Menses finden wir bei 5 Fällen während der Krankheit ausbleiben und mit Beginn der Heilung wiederkehren. 4mal sehen wir die Menses, die vorher bloß durch in regelmäßigen Intervallen auftretende congestive Zustände sich andeuteten, nach Ablauf der Krankheit sich regelmäßig einstellen. Ein Einfluss der Menses auf den Krankheitsverlauf war nur selten zu constatieren. 1mal machte sich im Anschluss an die Menstruation größere Unruhe, 2mal Steigerung der Angst, 1mal ein leichter Rückfall geltend. Die Dauer der Krankheit betrug durchschnittlich 3 Monate. Der Ausgang von 18 Fällen war Heilung, 3 Kranke wurden ungeheilt entlassen. Von den 18 Geheilten ließen sich 4mal Recidive ermitteln; in 4 Fällen gelang es nicht die weiteren Schicksale zu eruieren.

Allgemeine Symptomatologie.

Von unseren 21 Fällen gehören 12 der passiven, 3 der aufgeregten, 6 der stuporösen Melancholie an. Schüle[16] betont, dass die Melancholie im Pubertätsalter meist nach dem Schema unvollständiger Entwicklung verläuft. Dem können wir beistimmen, als wir bei der großen Mehrzahl unserer Fälle die typischen melancholischen Wahnideen (der Verschuldung, des Verlorenseins) vermissen, statt dessen ein Vorherrschen der Angst und des Weinens finden, wofür die Kranken häufig selbst keinen Grund anzugeben wissen. Auch Schönthal[56] hat auf diesen Modus aufmerksam gemacht.

Da wo wirklich die melancholischen Wahnideen zum Ausdruck kommen, wechseln sie häufig, sind oft phantastisch, erwecken den Eindruck des absichtlich Gemachten und des Oberflächlichen. Nicht selten folgt, nachdem sich eben der Kranke seiner Schlechtigkeit angeklagt, sorgloses Lachen auf

dem Fuße. Der angstvolle Zustand ist oft durch Zwangsvorstellungen hervorgerufen, die sich durch ihre Absurdheit auszeichnen. Wie die Äußerungen, so haben auch die Handlungen der Kranken häufig den Charakter des Zwangsartigen. So müssen wir uns das nicht seltene (in unseren Fällen 8mal) Aussprechen von Selbstmorddrohungen erklären. Es kam denn auch nur bei 2 unserer Kranken zu wirklichem Selbstmordversuch, der sich aber nicht wiederholte. Der Kranke, der das Essen verweigert, um sterben zu können, nimmt die ihm vorgesetzten Speisen dennoch, es fehlt ihm die Kraft des Widerstehens, das Leben kommt ihm doch reizend vor.

Friedreich[31] und Rousseau[29] betonen die Häufigkeit religiöser und erotischer Formen im melancholischen Bilde des Pubertätsalters. Wir finden unter unseren Kranken Äußerungen religiösen Inhalts nur 5mal, solche mit erotischer Färbung nur 1mal. Hallucinationen treffen wir bei 6 Kranken von Seiten des Gehörs, bei 3 von Seiten des Gesichts.

Die Manie.

Als Manie wird derjenige, meist subacute Krankheitsprocess bezeichnet, dessen wesentliches Symptom die Erzeugung von vorwiegenden Lustgefühlen ist, die secundär wieder eine Belebung des geistigen Mechanismus und eine Erhöhung des Selbstgefühls mit dem Inhalt des Höhenwahns hervorbringen. Man unterscheidet eine Form mit leichteren, milderen (M. levis, maniakalische Exaltation) und eine solche mit schwereren Symptomen (M. gravis), als verschiedene Grade des gleichen Krankheitsprocesses. Entsprechend den im Pubertätsalter noch in Entstehung und Ausbildung begriffenen psychischen Functionen treffen wir bei unseren Fällen mancherlei Abweichungen vom typischen Symptomenbilde der Manie, wie wir es soeben gezeichnet haben.

Von unsern 29 Fällen von Manie finden wir nur zwei (22 und 23), die ein reines Bild derselben bieten. Das unreife Atypische in Erscheinung und Verlauf ist ein hervorstechender Zug der Mehrzahl. Gemäss dem Gleichartigen im abweichenden Symptomenbilde haben wir 3 Gruppen gebildet:

a) reizbare Manie.

Statt der vorwaltend heiteren Stimmung neigt eine reizbare, ärgerliche und unzufriedene zur permanenten Reaction; statt der „Lust" herrschen Zornaffecte vor.

Von den 5 Fällen betreffen 3 weibliche, 2 männliche Individuen (vide Fall 25, 26, 27, 40 und 41); bei 3 besteht hereditäre Disposition. 4 giengen nach durchschnittlich 4monatlicher Behandlung in Heilung, einer in die chronische Form über.

b) choreatische Form der Manie (confer Mairet: Manie choréique simple et hallucinatoire).

Nach einem Prodromalstadium, das sich von demjenigen anderer Fälle nicht unterscheidet, tritt gleich mit ziemlicher Heftigkeit die maniakalische Erregung ein. Meist zur selben Zeit beobachtet man das Auftreten choreatischer Bewegungen, bestehend in Zuckungen der verschiedenen Muskelgebiete von leichter bis mittlerer Intensität. Dieselben steigern sich bei zunehmender psychischer Erregung und verschwinden mit dem Eintritt psychischer Ruhe wieder vollständig. Auch stoßweise und unmotivierte Gesticulationen an Stelle der manischen Handlungen kommen zur Erscheinung. Auch im übrigen finden wir nicht das typische Bild der Manie. Die Stimmung ist eine wechselnde, theils gehobene, theils gereizte, theils ängstliche. Es besteht Bewegungsdrang, Neigung zu Thätlichkeiten gegen die Umgebung. Ideenflucht ist kaum vorhanden. Im ganzen Wesen des Patienten zeigt sich etwas Ungeordnetes, Zerfahrenes. In 2 unserer Fälle dominieren Hallucinationen des Gesichtes und Gehörs; doch sprechen unsere Beispiele nicht für die Erfahrung Mairet's, dass bei der hallucinatorischen Form die Erregung geringer sei.

Im körperlichen Befinden beobachten wir durchweg während der Erregung eine Steigerung zu Congestionen und Vermehrung der Pulszahl. Unsere Fälle vertheilen sich auf 3 weibliche und 1 männliches Individuum (vide Fall 28, 29, 30 und 50). Heredität ist bei keinem nachweisbar. Der Ausgang ist, nach durchschnittlich 3monatlicher Behandlung, bei

allen Fällen ein guter. Mairet dagegen betont die vorwiegende Heredität, lange Krankheitsdauer, sowie das häufigere Vorkommen bei männlichen Individuen.

c) Katatonische Form der Manie (confer Kraepelin (26).

Bei der größeren Zahl unserer Fälle lässt sich eine katatonische Grundstimmung in sämmtlichen manischen Entäußerungen erkennen. Statt der in einemfort wechselnden Geschäftigkeit treffen wir Monotonie in Bewegung und Haltung, stereotypes, zwangsmäßiges Handeln, dem nicht selten etwas Theatralisches eigen ist. Selbst in der Exaltation fehlt nicht die pathetische Färbung. Statt der unerschöpflichen Ideenflucht fällt uns nicht selten der geringe Gedankenvorrath auf, der oft in geschraubten Ausdrücken, in Rhythmen und Reimen zur Entäußerung kommt, wobei auch Verbigeration und Echolalie beobachtet wird.

Sodann finden wir, worauf zuerst Paulmier (27) aufmerksam gemacht hat, eine Complication in Form einer Art Stupors, der entweder ganz plötzlich oder nach vorausgegangenen Modificationen auftritt. Wir treffen denselben gleich häufig bei männlichen wie bei weiblichen Individuen. Derselbe dauert entweder nur einige Minuten, oder aber Stunden bis Tage lang. Aber auch in diesem Zustande kommt heitere Stimmung vor; man sieht die sonst starren Gesichtszüge des Kranken sich plötzlich mit Lächeln beleben. Paulmier zieht aus dem Umstande, dass diese Complication hauptsächlich bei Kindern und Jugendlichen vorkommt, den Schluss, dass das weniger widerstandsfähige Gehirn dieses Phänomen leichter produciert. Aus diesem Stuporzustande erwachen die Kranken oft ganz plötzlich, um im nächsten Momente eine Gewalthandlung zu begehen, wie denn überhaupt auch sonst impulsive Acte sehr häufig zur Beobachtung kommen.

Wir finden diese Form bei 9 weiblichen und 8 männlichen Individuen (vide n. 31 – 39 und 42—49); hereditäre Disposition ist bei beiden Geschlechtern in 4 Fällen nachweisbar.

Casuistik: **Typische Form** (22 und 23).

Fall 22. E. J. 18jährig. Vater Potator, Mutter von reizbarem Charakter, Großmutter mütterlicherseits war geisteskrank. Patientin ist die zweitälteste von 8 Geschwistern. Geburt gieng leicht vonstatten. Im zweiten Lebensjahre machte Patientin schwere Pertussis mit Convulsionen durch; sie lernte zur Zeit gehen, machte in der Schule gute Fortschritte. Ihre Constitution war von Anfang an schwächlich. Patientin hatte nie normalen Appetit, zog immer Schleckereien vor, ihr Charakter war lebhaft, empfindlich, reizbar. Mit 16 Jahren Eintritt der Menses, die sich seither unregelmäßig, postponierend, schwach eingestellt haben.

Vor $^1/_2$ Jahren machte Patientin eine leichte Influenza von 5tägiger Dauer durch; seither zeigte sie sich verändert. Sie drängte beständig, obwohl sie es daheim gut hatte, von Hause fort. Seit einigen Tagen hat sich die Aufregung gesteigert; Patientin wollte wiederholt fortspringen, redete in einemfort, weinte laut, fand nachts keinen Schlaf.

Status praesens (bei der Aufnahme). Unentwickelter Habitus, schlechter Ernährungszustand, anämisches Aussehen, Schädel unsymmetrisch, linke Gesichtshälfte stärker entwickelt als die rechte. Jäher Wechsel der Gesichtsfarbe. Puls 104, klein, deutliches Venensausen hörbar. An den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen. Patientin schwatzt in einemfort, will alle Sprachen der Welt sprechen können, drängt lebhaft fort, wirft den Ärzten vor, sie seinen keine Christen, sondern Freimaurer, begleitet alles mit lebhaften Gesten. Sie fängt dann an zu weinen, geht lebhaft hin und her, nimmt keinen Abschied von den Angehörigen. Im Garten zeigt Patientin tolle Ausgelassenheit, nachts schläft sie sehr unruhig, am Morgen verweigert Patientin die Nahrung, spricht von Gift.

Die Aufregung hält den ganzen ersten Monat an. Den ganzen Tag ist Patientin laut, ungeberdig, aufbegehrend, zeigt rastlose Unruhe, lacht, scherzt, produciert Lustgefühle, spricht von Gold, großen Reichthümern, grimassiert lebhaft, fällt aber oft in weinerliche Stimmung. Sie verwechselt beständig die

Personen, spricht viel von Gift, vom Teufel und anderen Gestalten, vom Verhextsein, glaubt, ihre Mutter sei todt. Sie ist frech gegen ihre Umgebung, gebraucht grobe Ausdrücke, ist im Stuhl und Urin unreinlich. Patientin ist völlig unbeeinflussbar von aussen, es ist unmöglich mit ihr ein Gespräch zu führen. Die Nächte sind sehr unruhig. Auch der zweite Monat bringt keine wesentliche Änderung. Die Kranke ist anhaltend sehr euphorisch, lacht viel und laut, jubelt wie ein Kind, ist rastlos unruhig. Häufig ist sie frech, beim Besuch ihres Vaters beschimpft sie denselben, will nichts von ihm wissen, blickt ihn drohend an. Abends auf ihr ungebürliches Benehmen aufmerksam gemacht, lacht sie laut. Man beobachtet anhaltend hohe Reizempfänglichkeit für die associativen Vorgänge, große Ideenflucht. Patientin äußert anhaltend incohärentes, verwirrtes Zeug, die Ideen folgen sich so rasch, dass der Zusammenhang unterbrochen ist. Die Neigung zu wahnhaften Bildungen (Teufel) ist flüchtig und vag, bleibend dagegen ist die Neigung zu Illusionen (Personenverwechslung etc.). Aus ihren reichlichen sprachlichen Äußerungen lassen sich Störungen in verschiedenen centralen Sinnesgebieten erkennen, außer dem des Opticus, auch in denen des Olfactorius und Gustatorius. Dafür sprechen Äußerungen wie „der Herr Inspector (damit bezeichnet sie einen der Ärzte) schmeckt nach Leder, oder nach Fleischbrühe“ etc. Mit der Nahrungsaufnahme geht es besser, der Ernährungszustand hat sich etwas gehoben, das Gesicht ist weniger blass, die Nächte sind weniger unruhig.

Gegen Ende des 3. Monats macht sich eine empfindliche, gereizte, heftige Stimmung geltend, daneben große Neigung zu Affecten bis zur Gewaltthätigkeit oder zu plötzlicher Depression. Patientin hat unaufhörlich Auseinandersetzungen mit dem Wartepersonal, nimmt drohende Stellung an, dabei ist der Blick lebhaft, herausfordernd, frech, die Sprache und Haltung oft geziert. Die Nächte sind jetzt ganz ruhig, auch am Tage, sich selbst überlassen, verhält sich Patientin mitunter ziemlich ruhig. Bei Ankunft der Ärzte fängt Patientin an, in einemfort zu lachen, und zu schwatzen, spricht noch oft vom Teufel. Es besteht noch ganz mangelhafte Orien-

tierungsfähigkeit über sich und ihre Umgebung, ohne Vorhandensein von Bewusstseinsstörung.

Am Anfang des 4. Monats treten die seit Beginn der Krankheit ausgebliebenen Menses wieder ein. Patientin ist im ganzen jetzt geordneter, zeitweise aber doch noch sehr lebhaft und unruhig, alles, was sie hört und sieht, macht sie heiter, sie neigt auch zeitweise noch zu Illusionen. Allmählich zeigt sie wieder Arbeitslust, auch stellt sich Krankheitseinsicht ein. Gegen ihre Umgebung ist Patientin jetzt artig, aber noch sehr scheu. Der Ernährungszustand hebt sich langsam.

Nach 5monatlicher Behandlung wird Patientin geheilt entlassen. Es handelt sich hier um einen reinen, typischen Fall von schwerer Manie. Nach einem kurzen Incubationsstadium, das sich in einer gewissen Empfindlichkeit und Reizbarkeit, in einer innern Unruhe des ganzen Wesens äußert, setzt die eigentliche Krankheit ganz plötzlich ein und steigert sich in 2 Tagen bis zur hochgradigen Manie. Die Krankheit verläuft während 3 Monaten auf der gleichen Höhe und zeigt keine Complicationen. Wir haben es mit einer Psychose des Pubertätsalters zu thun, die Krankheit ist vor vollendeter Entwicklung zum Ausbruch gekommen. Die Pubertät ist hier prädispositionelles Moment und Gelegenheitsursache zugleich. Außerdem finden wir hier eine individuelle Prädisposition in der abnormen Empfindlichkeit und Reizbarkeit des Mädchens. Für so beanlagte Individuen sind physiologische Momente wie die Pubertät von großer Wichtigkeit. In der Constitution liegt trotz des raschen, guten Ausganges die Wahrscheinlichkeit der spätern Neuerkrankung; das sind die Fälle, die zur Mania periodica führen.

Fall 23. B. E. 19jährig, mütterlicherseits indirect hereditär belastet, von kräftiger Constitution und sehr wechselnder Gemüthsart, bald deprimiert bald heiter. Seit dem 12. Jahre ist Patientin menstruiert, stets unregelmäßig. Mit 15 Jahren erster schwerer Tobsuchtsanfall mit lebhaften Hallucinationen, ein halbes Jahr später neue Exacerbation, beide Male während 2 resp. 4 Monaten in der Irrenanstalt in S. Im 17. Lebensjahre im Anschluss an die Menses wieder heftiger Tobsuchtsanfall.

Seither in Verbindung mit der Periode wiederholte kürzere Aufregungszustände. Vor Eintreten derselben stets Kopfweh, Sinnestäuschungen des Gehörs und Gesichts, absolute Schlaflosigkeit, dann Aufregung mit Gewaltthätigkeit bis zur sinnlosen Wuth, zuweilen auch mit wahnhaften Bildungen.

Aufnahme im Zustande lebhaftester Exaltation, nachdem seit 2 Monaten schon ein continuierlicher Erregungszustand mit Schlaflosigkeit bestanden hatte. Patientin zeigt tolle Ausgelassenheit, rastlose Unruhe, singt, lacht, weint und schimpft durcheinander, ist gewaltthätig gegen die Ärzte, masturbiert, hat warmen gerötheten Kopf, lebhaften Tremor der Zunge und Hände.

Nachdem die Krankheit während einiger Tage sich auf gleicher Höhe gehalten hatte, tritt mit Eintritt der mäßig starken Menses Beruhigung ein. Patientin wird lucid und zugänglich, Appetit und Schlaf kehren wieder zurück. Doch ist Patientin noch recht empfindlich, meint gleich, dass man sie absichtlich verfolge, in ihren Briefen zeigt sie noch große Unordnung im Gedankengang. Sie äußert im Saale Personen gesehen zu haben, die sie schon früher verfolgt hätten. Subjectiv besteht vollständiges Wohlbefinden. Auch die 2 nächsten Perioden treten in regelmäßigen Zwischenräumen ein ohne weitere Aufregung. Patientin zeigte ruhiges, freundliches, stilles Wesen, in der letzten Zeit allerdings häufiger unterbrochen durch Stimmungswechsel ohne nachweisbaren Grund. Gewichtszunahme 12 ℔. Entlassung nach 3monatlichem Anstaltsaufenthalt. Weiteres nicht bekannt.

Der folgende

Fall 24 zeigt uns den Übergang acuter Manie in Verwirrtheit mit Ausgang in Heilung.

H. E. 19jährig, erblich nicht belastet, entwickelte sich normal, lernte ordentlich, von Gemüth etwas ernst. Menses vor einem Jahr mit großen Schmerzen eingetreten, seither stets unregelmäßig, schwach. Schon vor 2 Jahren nach einer schweren Influenza war Patientin vorübergehend in großer Erregung, sprach verworren, beruhigte sich dann allmählich, arbeitete wieder, behielt aber ein schlechtes Gedächtnis, war

häufig apathisch, staunte vor sich hin, war bisweilen unreinlich im Urin, aß unregelmäßig. Jeweils mit Eintritt der Periode war Patientin aufgeregt, sprach durcheinander. Die letzte Zeit war sie mehr gereizt, gegen die Umgebung gewaltthätig, machte auch öfters Äußerungen des Inhalts, dass sie sich wundere, wer immer mit ihr spreche. Vor 10 Tagen lief sie von Hause fort.

Status praesens (bei der Aufnahme). Gesundes, gutgenährtes Ausschen, Gesichtsausdruck reduciert, somatisch wohl, isst mit gutem Appetit, Puls 80, Stimmung gehoben, Inhalt der Vorstellungen verworren. Patientin ist desorientiert über Zeit, Ort und Zweck ihres Hierseins. Motorische Unruhe. Patientin springt hin und her, lacht hell auf, singt, stößt die anderen Kranken, ausgesprochener erotischer Zug.

Während der 2 ersten Monate hält die ausgelassene und gehobene Stimmung an, der Inhalt der Vorstellungen ist trotz der Ideenflucht sehr monoton. Beständige Störung durch freches, rohes Reden, stets recht benommen und verworren, lebhafte Hallucinationen mit dem Gehör und dem Gemeingefühl, große motorische Unruhe, ausgesprochener erotischer Zug, somatisch wohl.

Von da an wird Patientin ruhiger, kommt auch mit ihrer Umgebung jetzt aus, arbeitet jetzt spontan, doch zeigt sie noch immer in ihren Gesprächen Verwirrtheit im Gedankengang und Unbesinnlichkeit. Erst im 5. Monat wird Patientin ganz klar, verhält sich auch sonst geordnet, nur etwas zu still. Vorübergehend während der nächsten 2 Menses ritt wieder gesteigerte Unruhe mit Lachen und Schwatzent auf, gleich nachher ist Patientin wieder ruhig, geordnet, fleißig und wird in diesem Zustande nach 7monatlichem Anstaltsaufenthalt entlassen.

Reizbare Form.

Fall 25. S. S. 21jährig. Vater gestorben durch Suicidium, 1 Geschwisterkind des Vaters hypochondrisch, ein anderes blödsinnig, 1 Schwester des Vaters sehr nervös, Mutter gesund. Patientin entwickelte sich normal, war körperlich

stets gesund. Menstruation im 15. Jahr ohne Störung eingetreten, seither unregelmäßig. Charakter sanft, empfindlich, sehr gewissenhaft. Beginn der Störung vor einem Jahr im Anschluss an geistige Überanstrengung durch Examenarbeiten, seither Klagen über Müdigkeit, erschwertes Denken. 3 Wochen vor der Aufnahme sehr aufgeregt, verstimmt, hört beständig Musik.

Bei der Aufnahme unruhig, bewegt bald den Arm, bald den Fuß, lacht viel grundlos vor sich hin, ist sehr erotisch. Mit Eintritt der Menses, wenige Tage nach der Aufnahme, sehr gereizt, ungezogen, über alles raisonnierend, äußert kindische Klagen. Dieser Zustand dauert circa 4 Wochen an und macht nach Eintreten der neuen Periode, einer ruhigen Stimmung Platz. Auch während der nächsten Menses erhält sich das psychische Gleichgewicht consolidiert, auch körperlich erholt sich Patientin sehr gut. Austritt nach 3 Monaten. Seither (7 Jahre) gesund.

Fall 26. H. A. $15^1/_2$jährig. Keine Heredität. Zu Hause sehr schlechte ökonomische Verhältnisse, von 10 Kindern ist Patientin die jüngste. Patientin stets gutmüthig, lustig und fleißig. 14 Tage vor der Aufnahme erhielt Patientin eine einträgliche Stelle in einer Fabrik, worüber sie sich sehr freute. Vor 5 Tagen als sie heimkam, äußerte sie großen Hunger, wollte den andern alles wegessen, sie sei jetzt 20 Jahre, wolle jetzt auch eine Schleppe ans Kleid. Sie fieng an, wirr durcheinander zu sprechen, sang dazwischen, machte einen verstörten Eindruck. Von da an blieb Patientin unruhig, drängte fort; 14 Tage vorher waren die Menses unter heftigen Schmerzen zum erstenmale eingetreten.

Bei der Aufnahme ist Patientin sehr unruhig, heult laut, singt, lacht, zeigt Bewegungsdrang. Nach vorausgegangenem heftigen Kopfweh und Nasenbluten tritt 2 Wochen nach dem Eintritt neuerdings Menstrualblutung auf. Damit geht die bisherige Ausgelassenheit in eine gereizte, raisonnierende Stimmung über; Patientin antwortet gar nicht oder in sehr gereiztem Ton, arbeitet nichts mehr, schimpft über alles; fordert die andern Patienten auf, die Anstalt zu verlassen, das sei ein

Haus des Unglücks. Sie wird widersetzlich, gewaltthätig, hält die Ärzte für Leute aus ihrem Dorfe und lässt sich das nicht ausreden. Schlaf und Appetit sind schlecht. Dieses aufgeregte, raisonnierende Wesen dauert ununterbrochen fort. Als Patientin nach einem Monat in eine andere Anstalt transferiert wird, weint und heult sie fürchterlich. Später Übergang in chronische Form.

Fall 27. D. M. 21jährig. Keine hereditäre Belastung, bisher stets gesund, Gemüthsart heiter, mit 13 Jahren menstruiert, Menses regelmäßig.

Nach körperlicher Krankheit (Typhus) vor 2 Monaten psychisch verändert, gereizt, empfindlich, gewaltthätig, Gehörshallucinationen, Wahnideen der Verfolgung, Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Aufnahme im Zustande großer Erregung. Patientin kratzt, zerreißt, wirft den Ärzten vor, sie wollten sie entehren, sie hätten Liebesverhältnisse mit den Wärterinnen. Ihre Vorstellungen sind sehr erotisch, daneben religiösen Inhalts. Große motorische Unruhe, beständiges Reden, rascher Farbenwechsel, unpassendes Benehmen, Klagen über zahlreiche Parästhesien, Personenverwechslung.

Während der nächsten 6 Monate hält der gereizte Zustand mit geringen Schwankungen an, gewöhnlich noch gesteigert zur Zeit der regelmäßig eintretenden Menses. Patientin ist immer sehr erotisch, schmiegt sich den Ärzten an, singt ihnen Lieder vor, sucht sich zu entblößen. Gegen ihre Umgebung ist Patientin grob, quält sie mit anzüglichen Reden. Patientin ist unreinlich, saliviert. Mit der Exaltation wechseln bisweilen kurze Depressionszustände ab mit Weinen und Wehklagen, die in der nächsten Minute durch Lachen und anzügliches Reden unterbrochen werden.

Im 7. Monat ihres Anstaltsaufenthaltes wird Patientin ruhiger und stiller, auch jetzt noch zeigen sich kurze depressive Perioden, bisweilen unterbrochen durch lautes Lachen. Nachdem die 2 nächsten Menses ohne Störung des psychischen Gleichgewichtes verlaufen waren, wird Patientin nach $^3/_4$jähriger Anstaltsbehandlung geheilt entlassen. Die 2 nächsten

Jahre lauten die Berichte von zu Hause sehr günstig. Patientin habe ein viel gleichmäßigeres Temperament als früher, befinde sich sehr wohl. Weitere Nachrichten nicht erhältlich.

Choreatische Form.

Fall 28. J. P. 21jährig. Vater gesund, Mutter etwas geistig schwach, keine eigentliche Heredität. Patientin entwickelte sich normal, lernte gut, war nie auffällig. Menses seit 3 Jahren regelmäßig und stark. 3 Wochen vor Beginn der eigentlichen Krankheit fiel es auf, dass sich Patientin viel mit religiösen Dingen beschäftigte, beständig in Gebetbüchern las; der Pfarrer bemerkte, dass sie bei der Beichte sonderbares Zeug berichtete. 10 Tage vor der Aufnahme plötzlicher heftiger Zornausbruch, am nächsten Tag war Patientin sehr unruhig, sprach von Heiligen, sagte Verse her, seit dieser Zeit continuierlicher Erregungszustand.

Bei der Aufnahme ist Patientin sehr aufgeregt, schlägt drein, lacht, entkleidet sich, antwortet auf Gehörshallucinationen. Der Kopf ist geröthet und heiß anzufühlen, die Gesichtszüge bald ängstlich und staunend, bald heiter, Puls 96. In der Aufregung beobachtet man auffallende convulsivische Bewegungen der Gesichtsmusculatur, Zuckungen im Facialisgebiet, Kau- und Schluckbewegungen, Verdrehen der Hände und des ganzen Rumpfes, stoßweise und unmotivierte Gesticulationen.

Während des circa 6 Wochen andauernden Erregungszustandes stehen die genannten Symptome im Vordergrund, daneben macht sich ein stark erotischer Zug geltend. Patientin läuft den Ärzten nach, drückt ihnen die Hand. Stimmung bald fröhlich, bald ängstlich. Lebhafte Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Patientin spricht viel mit sich selbst, dann stürzt sie oft ganz plötzlich und unmotiviert auf ihre Mitpatienten, fixiert dann wieder einen bestimmten Punkt, lacht plötzlich hell auf. Mit Wiedereintritt der ausgebliebenen Menses allmähliche Beruhigung, Stimmung jetzt anhaltend etwas deprimiert, häufiges vor sich Hinstaunen.

Beim Austritt nach $3^1/_2$monatlichem Anstaltsaufenthalte ist Patientin noch etwas still, doch hat sie gute Krankheitseinsicht. Gewichtszunahme 12 ℔. Weiteres unbekannt.

Fall 29. G. A. 18jährig. Keine Heredität, früher nie krank, Menses erst einmal eingetreten. 3 Wochen vor der Aufnahme bettlägerig wegen eines Darmkatarrhes. Seit 8 Tagen Kopfweh, verworrenes Reden, erst über Religion, dann glaubte Patientin sterben zu müssen, fürchtete sich vor Vergiftung.

Bei der Aufnahme hochgradige Aufregung. Patientin schlägt um sich, wälzt sich im Bett herum, spricht ohne Unterlass, eine Idee jagt die andere. Stimmung meist ängstlich, Patientin glaubt, vergiftet und ermordet zu werden, will deshalb auch nicht essen, jede Bewegung der sie umgebenden Personen erweckt in ihr den Verdacht, man wolle ihr etwas zuleide thun. Hält man die Hand auf den Rücken, so glaubt sie darin ein Instrument verborgen, nach jeder Berührung sieht sie die berührte Stelle an und glaubt, man habe sie verwundet. Patientin halluciniert lebhaft mit dem Gesicht, sie sieht überall Wasser, meint, alles sei nass, dann sieht sie Feuer, das ganze Zimmer steht in Flammen, das Bett brennt, sie will sich retten, im Essen sieht sie nichts als Würmer, alles kommt ihr ekelhaft vor.

Nach 2 Tagen tritt vollständige Remission ein, Patientin unterhält sich verständig und freundlich, isst mit Appetit. Aber schon am nächsten Morgen ist die alte Geschwätzigkeit und ängstliche Stimmung wiedergekehrt. Patientin spricht fortwährend die verschiedensten Befürchtungen aus, fährt wieder bei jedem Geräusch ängstlich zusammen. Beständig wechselnde Hallucinationen und Wahnideen. In ihrem Wesen hat Patientin etwas sehr Zerfahrenes, ihre Stimmung wechselt in abrupter Weise. Patientin ist bald ausgelassen und muthwillig, dann wieder ärgerlich und empfindlich, andere Male wieder in beständiger Angst. Weinen und Wehklagen wechseln mit Lachen und Scherzen. Man beobachtet häufig stoßweise, hastige, unmotivierte Bewegungen der Extremitäten, krampfartiges Verziehen der Gesichtsmuskeln. Patientin ist ganz

unklar, spricht verworren, gibt confuse Antworten, kann ihre Gedanken absolut nicht fixieren, zeigt keine Arbeitslust, nimmt jeden Augenblick etwas Anderes vor. Wiederholt wird Patientin beim Onanieren ertappt. Sehr viel ist Patientin mit ihren Gehörshallucinationen beschäftigt, sie hört viel von Todesfällen in ihrer Verwandtschaft und antwortet dann mit einzelnen Worten darauf.

Während in den ersten 6 Wochen der Krankheit großer Stimmungswechsel mit Vorwiegen von Angst bestanden hatte, folgt eine 4wöchentliche Periode mit anhaltend erregter und gereizter Stimmung, während welcher Zeit die genannten choreatischen Bewegungen sich sehr deutlich in den verschiedensten Körperregionen geltend machen. Patientin schluchzt und jammert, ohne einen Grund dafür angeben zu können, wenn man etwas von ihr verlangt, wird sie ungeberdig, wälzt sich am Boden, versucht ihre Kleider auszuziehen. Mitten im Weinen oft grundloses, lautes Lachen.

Daran schließt sich ein 2tägiges Stuporstadium. Patient sitzt stets am gleichen Ort, brütet vor sich hin, zeigt kein Interesse, gibt keine Antwort; es besteht große körperliche Schwäche. Dieser Stupor löst sich allmählich und geht in leichte reactive, melancholische Verstimmung über mit nachfolgender voller Genesung, die seither über 10 Jahre angehalten hat. Die Eltern betonen, dass das Mädchen seit der Erkrankung besser und geistig regsamer geworden sei.

Fall 30. B. A. 19jähr. Die Mutter soll eine sehr aufgeregte Frau gewesen sein, ist gestorben, der Vater ist gesund, 1 Schwester der Patientin ist geistig beschränkt. Sonst keine Psychosen in der Familie. Patient war als Kind schwächlich, hatte heftigen Keuchhusten, ist rasch gewachsen, litt im 12. Jahre an Chorea. Charakter ruhig, fleißig. Der vor 2 Jahren erfolgte Tod der Mutter wirkte stark auf die Patientin ein, sie weinte seither viel, wurde sehr religiös, betete stundenlang mit lauter Stimme, hörte oft das Grabgeläute ihrer Mutter. Vor 1 Jahr hatte sie ein unglückliches Liebesverhältnis, vor $^1/_2$ Jahr kam sie in einen fremden Dienst, wo sie viel zu arbeiten hatte. In der ersten Zeit war man mit

ihr sehr zufrieden, in den letzten 5 Wochen aß sie nicht mehr, fand nachts keinen Schlaf. Sie las wieder viel in der Bibel, betete laut, sprach nachts mit Christus, der ihr erschien, sie weinte oft stundenlang, es sei ihr so schwer, am besten wäre sie todt, zwischenhinein sagte sie, sie hätte das nicht thun sollen, das sei eine Sünde. Dann klagte sie über schweres Gefühl in der Herzgegend und Kopfdruck. Seit circa 1 Jahr bestehen Störungen der Menstruation, häufiges Ausbleiben derselben.

Status praesens (bei der Aufnahme.) Sehr groß gewachsenes, mageres und anämisches Mädchen. Über den Halsgefäßen ist lautes Venensausen hörbar, Puls 64, klein. Herz und Lungen gesund. Der Kopf ist stark geröthet und warm. Patientin macht einen unbesinnlichen Eindruck, gibt verkehrte Antworten, ist ängstlich und misstrauisch. In der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes fällt das Ungeordnete und Zerfahrene im ganzen Wesen der Patientin auf. Patientin lacht viel, ist aber sehr empfindlich und gereizt. An Stelle der manischen Handlungen beobachtet man häufig stoßweise Gesticulationen, alle Bewegungen der Patientin sind hastig. Zu einer geordneten Thätigkeit ist Patientin nicht zu bewegen.

Schon nach 14 Tagen tritt Besserung ein. Die Stimmung wird gleichmäßig ruhig, Patientin arbeitet fleißig, hat Krankheitseinsicht. Aussehen noch sehr blaß, doch regelmäßige Gewichtszunahme. Nachdem dieser Zustand 4 Wochen angehalten, kehrt wieder die empfindliche, launische Stimmung mit Neigung zum Weinen. Dabei klagt Patientin viel über Krämpfe im Unterleib und heftige Kopfschmerzen. Schlaf und Appetit sind sehr gestört. Nach weiteren 3 Wochen stellen sich unter heftigen Molimina die seit mehreren Monaten ausgebliebenen Menses ein, worauf sich Patientin frei von allen Beschwerden fühlt. Die Stimmung ist jetzt fast muthwillig, doch beobachtet man noch häufig einen abrupten Wechsel von depressiver, weinerlicher Laune und ausgelassener Munterkeit. Die nächsten Menses treten nach 4 Wochen ohne jegliche Beschwerden ein. Das psychische Verhalten ist jetzt fast normal. Hie und da zeigen sich, besonders abends,

depressive Anwandlungen, auch hält sich Patientin gern für sich allein. Nach $4^1/_2$monatlicher Anstaltsbehandlung Austritt in gutem Zustande. Seither ($2^1/_2$ Jahre) ist Patientin gesund geblieben.

Katatonische Form.

Fall 31. H. K. 20jähr. 2 Geschwister der Mutter geisteskrank. Menstruation mit dem 14. Jahr eingetreten, seither regelmäßig. Schon vor 3 Jahren in Anstaltsbehandlung wegen Manie. Seit $^1/_4$ Jahr oft ängstliche Stimmungen, seit 14 Tagen große Aufregung.

Bei der Aufnahme ist Patientin desorientiert über Zeit und Ort, macht confuse Aussagen, springt von einem Gegenstand auf den andern, spricht ganz zusammenhanglos, stößt entweder kurze Sätze oder abgebrochene Worte aus, gesticuliert dabei viel mit ihren Händen, scheint viel zu hallucinieren. Ihr Kopf ist geröthet, die Augen glänzend, der Puls frequent.

Auch in der nächsten Zeit herrscht große Unruhe und anhaltend heitere Stimmung. Patientin geht gesticulierend hin und her, laut sprechend; ihre Reden haben oft einen rhythmischen und reimenden Character, sind dabei ganz sinnlos. So bildet sie z. B. zu einem gewissen Worte andere, die sich darauf reimen, aber gar keinen Sinn haben, oder sie stellt gewisse Worte nebeneinander, die in irgend einer Beziehung Ähnlichkeit haben, z. B. weiß, Schnee, Zucker u. s. w. Oder sie nennt eine Anzahl Farben, immer die vorhergehende repetierend, und mit der folgenden durch „mit“ verbindend. z. B. schwarz mit roth, roth mit blau u. s. w. Häufig spricht sie mit einem gewissen Rhythmus, oft sich wiederholend, zuweilen alternierend, z. B. Morgen ist Morgen, Tag ist Tag, Nacht ist Nacht; ich kann nicht zittern, Zither spielen. Allmählich wird Patientin klarer, nur morgens kommt ihre Verwirrtheit noch bisweilen zum Ausdruck. Auch die motorische Erregtheit hört auf, die congestiven Erscheinungen lassen ganz nach. Dann tritt mit ziemlich heftigen Krämpfen die Periode ein, worauf während 2 Wochen ein Stadium folgt, wo Patientin ganz klar ist, aber anhaltend deprimiert und ängstlich,

ohne dass sie sagen kann warum. Darauf kehrt wieder die hochgradige Erregung und totale Verwirrung zurück. Patientin spricht, schimpft in einemfort, ist sehr erotisch, gesticuliert lebhaft mit den Händen. Mit Wiedereintritt der Menses stellt sich während 14 Tagen neuerdings Depression und Angst bei vollständiger Klarheit ein, dann wiederholt sich die manische Periode mit totaler Verwirrtheit. In diesem Zustande wird Patientin in eine Anstalt ihrer Heimat transferiert.

Fall 32. L. J. 18jähr. Vater Potator, Mutter gesund, 2 Schwestern der Patientin wegen Geisteskrankheit in Anstaltsbehandlung. Patientin entwickelte sich normal, Menses seit 3 Jahren unregelmäßig. Patientin kam früh von Hause fort, diente bei fremden Leuten. Dort bemerkte man seit einigen Wochen, dass sie häufig vor sich hinlachte und geistesabwesend war. Sie fieng an, unruhig zu werden, viel zu sprechen, wurde aufgeregt und gewaltthätig.

Bei der Aufnahme ist Patientin benommen, staunt vor sich hin, springt dann plötzlich auf, wird gewaltthätig, äußert große Angst, man wolle ihr etwas thun, ist unklar und unreinlich. Sie halluciniert lebhaft mit dem Gehör.

Im weiteren Verlauf beobachtet man abwechselndes Vorsichhinstarren und plötzliches Aufspringen, häufig wechselnden Gesichtsausdruck, lebhafte Gehörshallucinationen. Dann Transferierung in eine andere Anstalt.

Fall 33. J. M. 18jähr. Vater gestorben durch Suicidium, Großmutter mütterlicherseits geisteskrank, Mutter gesund. Patientin mit 12 Jahren menstruiert, ohne Beschwerden, seither ziemlich regelmäßig. Sie entwickelte sich körperlich gut, lernte mühsam, von Gemüthsart schreckhaft und ängstlich. Vor 2 Jahren in Anstaltsbehandlung wegen Melancholie, vor $^1/_2$ Jahr neuerdings melancholischer Anfall, seit 1 Monat Übergang in Manie mit prononciertem erotischen Charakter. Im Beginne des Anstaltsaufenhaltes machte sich leichte manische Verstimmung geltend, häufig unterbrochen durch plötzliches, unmotiviertes Einsetzen hochgradiger Ausgelassenheit und allerlei impulsiver Handlungen, wie Klettern über das Geländer u. s. w. Nach 3 Wochen hört der Er-

regungszustand auf und geht in ein Stuporstadium über. Patientin bleibt ruhig am gleichen Platze, starrt vor sich hin, lässt sich von andern Patienten stoßen, spricht selten ein Wort. Aber auch jetzt noch beobachtet man bisweilen plötzliche, rasche Handlungen, worauf dann Patientin wieder in den alten Stupor zurückversinkt. Nach weiteren 6 Wochen zeigt Patientin wieder normale Lebhaftigkeit, ist geordnet, ruhig und heiter. Anfangs bemerkt man noch nicht selten rhythmische Bewegungen des ganzen Kopfes, der Augen und Lippen. Im geordneten Zustande Entlassung, weitere Schicksale unbekannt.

Fall 34. H. M. 19jähr. Von Seiten des Vaters keine Belastung, eine Großtante mütterlicherseits war schwermüthig. 6 Geschwister der Patientin sind gesund; Charakter der Pat. heiter und gutmüthig, in der Schule mühsames Fortkommen. Menses seit dem 14. Jahr, stets unregelmäßig und schwach, vor 4 Jahren blieben dieselben $^1/_2$ Jahr aus, während welcher Zeit Patientin sehr verstimmt und launisch war. Seit $^1/_1$ Jahr ist Patientin verschlossen, klagt viel über schlechte Behandlung. Vor 14 Tagen Influenza. Seit 8 Tagen ist Patientin aufgeregt, schwatzte beständig, sie und das Haus seien verbrannt, sie sei Schuld an diesem und an jenem, meinte, des Nachbars Kind verbrenne, es sei keine Luft im Zimmer, zitterte stark, machte oft Bewegungen mit den Händen, als wollte sie waschen. Dabei bestand absolute Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Fehlen jeglicher Krankheitseinsicht.

Bei der Aufnahme ist Patientin sehr aufgeregt, schreit, lärmt, schlägt um sich. Der Kopf ist stark geröthet, warm, der Puls frequent und klein. Es besteht große motorische Unruhe; Patientin nimmt alle möglichen Stellungen ein, beschreibt mit den Füßen Kreisbögen, macht mit den Händen Greifbewegungen, wälzt sich auf dem Boden. Während der ersten 6 Wochen hält sich der Exaltationszustand auf gleicher Höhe. Patientin ist in beständiger Unruhe, sowohl bei Tag als bei Nacht, schwatzt alles durcheinander, macht stereotype Bewegungen mit den Händen und Fingern, spricht immer hochdeutsch. Patientin masturbiert viel, ist den Ärzten gegenüber sehr erotisch, entblößt sich vor denselben, halluciniert mit dem Gehör, ant-

wortet ihren Stimmen, redet gegen bestimmte Stellen der Wand, spricht auch von Gesichtstäuschungen.

Allmählich wird Patientin ruhiger, zeigt Arbeitslust, ist morgens aber noch recht laut und nachts unruhig, hallucienirt auch noch ziemlich lebhaft, redet von abwesenden Personen in aufgeregtem Tone. Es besteht jetzt gute Krankheitseinsicht. Nach 8wöchentlichem Anstaltsaufenthalt wird Patientin nach Hause genommen. Sie ist jetzt recht verständig, zeigt aber immer noch abnorm gehobene Stimmung. Weiteres nicht eruierbar.

Fall 35. S. M. 20jähr. Vater gesund, Mutter gestorben an Herzleiden, Mutter des Vaters geisteskrank. Von 4 Geschwistern der Patientin neigt 1 zu melancholischen Verstimmungen. Pat. entwickelte sich normal, war in der Kindheit nie krank, lernte sehr gut, war stets sehr fleißig und außerordentlich intelligent, Gemüthsart still und sanft, leicht weinerlich. Menses mit dem 15. Jahr ohne schwere Symtome eingetreten, seither regelmäßig. Beginn der Störung vor $^1/_2$ Jahr, Patientin hatte in der letzten Zeit viel gearbeitet, dann Ausbleiben der Menses. Patientin begann über Müdigkeit zu klagen, war immer in gedrückter Stimmung. Vor 3 Wochen Änderung des Wesens, es stellte sich übermäßige Heiterkeit ein, 1 Woche nachher wieder Depression, Patientin war in ihren Gesprächen sehr zerstreut, klagte stets über Müdigkeit. Dann bemächtigte sich der Kranken wieder eine große Unruhe, sie machte viele Besuche, kam davon sehr spät nach Hause, wurde wieder ungewöhnlich heiter, äußerte dazwischen Todesgedanken, sprach alles durcheinander, sang und jodelte. Patientin verwechselte ihre Umgebung, erkannte ihre Angehörigen nicht mehr, gesticulierte viel, zuckte mit dem ganzen Körper, hallucinierte mit dem Gesicht, sah Engel an der Wand, verweigerte die Nahrung, war vollständig schlaflos.

Bei der Aufnahme ist Pat. tief benommen, desorientiert, motorisch und psychisch sehr aufgeregt, stößt unarticulierte Laute aus, lässt sich zu Boden fallen, wirft mit den Händen hin und her, drückt die Augen zu und öffnet sie wieder plötzlich. Bald drängt sie heftig fort, dann wieder lässt sie sich schlaff gehen; eine richtige Antwort ist nicht erhältlich.

Ihr Ernährungszustand ist ein guter, sie zeigt ausgesprochene Congestion nach dem Kopfe; die Extremitäten sind eiskalt, der Puls frequent und klein, die Reflexe sind stark erhöht.

Am folgenden Tag ist der Gesichtsausdruck sehr veränderlich. Bald ist er wie verzückt, bald ängstlich. Pat. fixiert dann einen bestimmten Punkt, nimmt horchende Stellungen ein. Häufig schreit Pat. laut auf, wälzt sich auf dem Boden. Die psychische Benommenheit dauert auch während der nächsten 4 Wochen fort, Patientin spricht selten ein Wort, verhält sich auch motorisch viel ruhiger; häufig nimmt sie horchende Stellungen ein, lacht mitunter ohne jegliche Veranlassung laut auf. Das Gesicht zeigt häufigen Farbenwechsel, hie und da Äußerungen von Klagen über Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen. Schlaf und Appetit sind ordentlich. Die Menses verlaufen ohne Änderung des psychischen Verhaltens. Während der ersten Hälfte des 2. Monats macht sich wieder psychische und motorische Unruhe geltend. Der Gesichtsausdruck ist meist ängstlich, Pat. stößt oft unarticulierte Laute aus, verdeckt ihr Gesicht, wenn man zu ihr kommt, nimmt häufig horchende Stellungen ein. Schlaf und Appetit sind sehr gestört. In der zweiten Hälfte des Monats ist Patientin ruhiger und klarer, fühlt sich ganz gesund, arbeitet fleißig, zeigt Interesse für ihre Umgebung. Sie erzählt, dass sie viele Stimmen gehört habe, dass ihr alles durch den Kopf gegangen sei. Die Menses gehen am Ende des Monats ohne Störung vorüber.

Der dritte Monat bringt wieder Verschlimmerung. Die ersten Tage besteht wieder der frühere Stuporzustand. Patientin verharrt stumm am gleichen Platze, reagiert auf keine Frage, lacht bisweilen krampfhaft vor sich hin, oder wirft mit den Armen und Beinen umher. Die Nächte sind sehr unruhig. Dann stellt sich wieder neben der psychischen Benommenheit starke motorische Erregung ein. Patientin wirft alles, was ihr in den Weg kommt, fort, macht häufig mit den Händen allerlei Bewegungen, schiebt ihre Kiefer hin und her. Bald besteht absoluter Mutismus, bald lautes Schreien und bis 20 Minuten andauerndes krampfartiges Lachen. Patientin lässt Stuhl und

Urin unter sich, verweigert jegliche Nahrung. Allmählich tritt Beruhigung und Aufhellung des Sensoriums ein; doch reagiert Patientin noch sehr langsam.

Dieser ordentliche Zustand hält sechs Wochen an, die Menses stellen sich regelmäßig ein ohne Beeinflussung des psychischen Verhaltens. Dann kehrt neuerdings große Aufregung und Benommenheit zurück, die volle 4 Wochen anhalten. Daneben beobachtet man eine auffallend starke Empfindlichkeit gegen äußere Reize, Patientin fährt beim leichtesten Geräusch zusammen. Das Essen muss wieder eingegeben werden, die Nächte sind sehr unruhig. Hierauf tritt wieder Klarheit und Beruhigung ein. Patientin arbeitet spontan, isst mit Appetit, schläft ruhig. Bisweilen, besonders morgens, ist sie noch still, staunt vor sich hin, erzählt von Eingenommensein des Kopfes, Ohrensausen, mittags und abends ist das Befinden ein gutes. Dieses psychische und körperliche Wohlbefinden dauert auch die nächsten Monate fort, und wird durch die regelmäßig sich einstellenden Menses nicht getrübt. Die Gewichtszunahme ist jetzt eine rapide. Es besteht nur summarische Erinnerung an die durchgemachte Krankheit; Patientin weiß nur, dass sie vieles gehört, was ihr Angst, Furcht, aber auch Freude machte. Auch jetzt ist Patientin noch sehr leicht erregbar, erschrickt beim geringsten Anlass, hat noch viel Angst.

Nach 9 monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patientin geheilt entlassen, Pat. ist seither (7 Jahre) vollständig gesund.

Fall 36. S. E. 18jähr. Vater vor 2 Jahren an Hirnblutung gestorben, Mutter gesund. Heridität für Psychosen wird absolut negiert. Patientin ist das älteste von 10 Kindern. Die Geburt verlief normal, in ihren Kinderjahren war Patientin nie krank, lernte in der Schule sehr gut. Neben ihren Schulaufgaben beschäftigte sie sich zu Hause freiwillig mit fremden Sprachen, Mathematik und Musik. Ihre Gemüthsart war scheu, sehr erregbar und übertrieben religiös. Die Menses traten mit 12 Jahren ohne Beschwerden ein, waren seither regelmäßig. Nach Absolvierung der Ortsschule kam Patientin in

ein Institut, aus dem sie wegen des Todes des Vaters bald wieder nach Hause genommen wurde. Sie las jetzt wieder viel in Büchern, spielte übermäßig Klavier. Die Mutter sah diese Beschäftigung nicht gerne, schickte die Tochter zu einer Schneiderin in die Lehre, worüber Patientin sehr unglücklich war. Seit $^1/_2$ Jahr beobachtete man eine Änderung des geistigen Benehmens. Patientin sprach viel mehr als früher, hielt Selbstgespräche, oft wissenschaftlichen Inhalts, besonders nachts, lachte oft ohne Grund laut auf. 14 Tage vor der Aufnahme zeigte sich neuerdings eine Exacerbation. Patientin nahm an der Einsegnung eines Marienbildes theil, gerieth dadurch in religiöse Begeisterung. Seither befand sie sich in wechselndem Zustande, bald lachte sie und sang, bald war sie traurig und staunte vor sich hin. Die um diese Zeit eintretenden Menses brachten keine Änderung.

Status (bei der Aufnahme). Gut entwickeltes, kräftiges Mädchen, Gesicht intelligent, Blick lebhaft, Kopf geröthet, innere Organe gesund. Patientin spricht viel und unzusammenhängend, springt von einem Gegenstand auf den andern, lässt sich im allgemeinen gut leiten.

Während des 6monatlichen Aufenthaltes in der Anstalt ist Patientin in einem ununterbrochenen Zustand mäßiger Erregung, in einer anhaltend gereizten, unzufriedenen Gemüthsverfassung. Die Stimmung wechselt in abrupter Weise im gleichen Momente zwischen Lachen und Weinen. Die Kranke ist vollständig einsichtslos, in ihrem Urtheil kindisch und eigensinnig, in ihrem Verhalten gegenüber den Mitpatienten rücksichtslos, muthwillig, in ihren Gesprächen unzusammenhängend, vollständig unfähig zu ruhiger Überlegung. In ihrem motorischen Verhalten beobachtet man häufig ein impulsives plötzliches Aufspringen, ohne dass Patientin einen Zweck damit verbindet. In ihren Briefen, die sie in großer Zahl nach Hause schreibt und worin sie dringend Entlassung aus der Anstalt verlangt, zeigt sich ein überschwänglicher, pathetischer Ton. Oft beobachtet man bei der Patientin auch einen Zug von Erotismus, sie putzt sich sorgfältig vor dem Spiegel vor der Visite, leuchtet mit den Augen bei Ankunft der

Ärzte, zwingt sich vor ihnen mit Mühe zur Ruhe, um nachher gleich wieder ihr ungebürliches Betragen aufzunehmen.

Die Menses treten regelmäßig alle 4 Wochen ein, ohne eine Änderung im psychischen Verhalten zu bringen. Voraus gehen heftige Kopfschmerzen, Schwindel, nachher fühlt sich Patientin jeweils sehr erleichtert. Überhaupt klagt sie viel, besonders abends, über Kopfdruck und Schwindel, zeigt auch stets häufigen Wechsel der Gesichtsfarbe. Der Schlaf ist zeitweise sehr gestört, Patientin lacht und singt oft ganze Nächte durch. Appetit und Verdauung sind stets in Ordnung, Patientin nimmt regelmäßig an Gewicht zu. Nach 6 Monaten wird Patientin ungeheilt von der Familie nach Hause genommen. Es trat nach einiger Zeit etwelche Besserung ein. Nach $1^1/_2$ Jahren kam sie wegen Recidivs neuerdings in Anstaltsbehandlung. Dort erholte sie sich wieder, behielt aber ein reizbares Temperament. 5 Jahre nach der ersten Erkrankung starb Patientin an Typhus.

Fall 37 F. E. 16jähr. Vater war sehr „nervös", starb an Phthisis pulmonum. Geburt und Kindheit verliefen gut, geistig entwickelte sich Patientin recht gut; von Gemüth war sie reizbar. Eintritt der Menses mit dem 13. Jahre. Vor 1 Jahr bei Gelegenheit eines Zornes Suppressio mensium, darauf litt Patientin an Visionen (Gespenster), war 4 Monate in einer Irrenanstalt. Nachher war das Befinden wieder ordentlich, doch beobachtete man auch jetzt vermehrte Lebhaftigkeit und Erregbarkeit. Seit 1 Monat zeigte sich langsam zunehmende Reizbarkeit, Unbeständigkeit, Lach- und Weinkrämpfe, Hitzegefühl, Kopfweh, Abgeschlagenheit, Hallucinationen des Gesichtes. Darauf Ausbleiben der Menses.

Status bei der Aufnahme: Guter Ernährungszustand, kräftiger Körperbau, lebhafter, wechselnder Gesichtsausdruck, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung, Puls 100, klein. Große psychische und motorische Erregung. Patientin springt wild umher, stößt die andern Kranken, ist sehr reizbar, wird schnell zornig, spricht in einemfort, selbst in der größten motorischen Erregung, dabei ist sie sehr erotisch, sucht sich an den Arzt zu schmiegen.

Die ersten 3 Wochen dauert die maniakalische Aufregung in voller Höhe an. Patientin ist in continuierlicher Unruhe, zerreißt, zerschlägt, was ihr in den Weg kommt, sie zieht sich aus, macht Purzelbäume, rüttelt an den Thüren; auch während des Essens, das sie willig zu sich nimmt, ist sie keinen Moment ruhig. Dabei intensiver Stimmungswechsel, abrupter Übergang in Freude, Schmerz und Zorn, die sich durch lebhafte Gesten kundgeben. Personenverwechslung, Unmöglichkeit, die Aufmerksamkeit einen Moment zu fixieren.

Allmählich tritt leichte Beruhigung ein, es machen sich jetzt ab und zu kurz dauernde Depressionszustände mit lautem Weinen geltend, doch ist die Stimmung auch jetzt noch meist fröhlich; die fröhliche Laune kann aber plötzlich in heftige Zornanfälle umschlagen. In der Aufregung ist Patientin noch sehr erotisch, entblößt sich gerne. Es besteht vollständige Desorientiertheit über Ort und Zeit. Patientin spricht spontan nur wenig. Mit Eintritt der sehr starken Menses steigert sich die Aufregung hochgradig. Man beobachtet oft ganz unberechenbare raptusartige Tobsuchtanfälle, wobei sich Patientin am Boden wälzt, alles zerreißt, laut aufschreit. Patientin ist vollständig benommen, ihr Gesichtsausdruck, früher lebhaft und intelligent, sowie die wenigen sprachlichen Äußerungen sind blöde. Das Gesicht ist heiß und geröthet, die Extremitäten kühl und cyanotisch, der Appetit meist ordentlich. Wie nach 8 Wochen die Menses sich wieder einstellen, wird Patientin etwas ruhiger, doch ist sie noch sehr benommen und stuporös, ohne jegliches Interesse für ihre Umgebung. Sie kann stundenlang regungslos dastehen oder sitzen mit starrem Blick, dann plötzlich in wilder Aufregung aufspringen, sich am Boden wälzen. Die Nächte sind noch häufig unruhig. Nachdem in Narkose ein cariöser Zahn extrahiert worden ist, hört das laute Aufschreien ganz auf, die Nächte werden ruhiger, Patientin ist jetzt leichter zu lenken. Die psychische Benommenheit bleibt gleich; noch immer gedankenloses Vorsichhinstarren, zeitweises einfältiges Lachen, blöde Wortäußerungen, Personenverwechslung, jetzt auch Gehörshallucinationen. Ab und zu beobachtet man leichte

motorische Unruhe, Patientin erhebt sich plötzlich und schreitet rasch auf und ab. Somatisch besteht vollständiges Wohlbefinden, Patientin hat guten Appetit. Die Menses treten regelmäßig ein, sind sehr stark, sind nicht mit Änderung des psychischen Zustandes begleitet.

Dieser Zustand dauert 5 Monate an. Dann wacht Patientin allmählich auf; sie fängt an, über alles gute Auskunft zu geben, hat Freude an der Weihnachtsfeier, arbeitet spontan. Sie ist aber immer noch benommen und etwas ängstlich. Nach einem weiteren halben Jahr macht die Reconvalescenz raschere Fortschritte. Patientin arbeitet jetzt gerne, lässt sich gut leiten, hat große Freude bei Besuch der Verwandten. Sie fängt jetzt auch an, auswendig zu lernen, was ihr große Mühe macht; sie versteht den Sinn des Gelernten nicht recht. Die Stimmung ist gutmüthig, selten einmal wegen Kleinigkeiten vorübergehender Zornausbruch, worüber sie sich am nächsten Tag schämt. Der Gesichtsausdruck ist freundlich, ab und zu noch Spuren starren Blickes. Es besteht wenig Erinnerung von der Krankheit. Die Menses treten ziemlich regelmäßig ein, ohne Kopfweh und Schwindel. Körperlich sieht Patientin gut aus und nimmt zu an Gewicht.

Nach Verlauf weiterer 6 Monate wird Patientin geheilt entlassen; die Anstaltsbehandlung betrug im ganzen $1^3/_4$ Jahre. Die Berichte lauten längere Zeit günstig. Nach 7 Jahren Wiederaufnahme in die Anstalt wegen Manie mit ausgesprochenen psychischen Schwächesymptomen.

Fall 38. L. U. 18jähr. Über Heredität von Seite der Eltern nichts bekannt. Patientin ist Frühgeburt (33 Wochen), unehelich. Als Kind stets kränklich und schwächlich, lernte ordentlich in der Schule, seit früher Jugend bei fremden Leuten verkostgeldet. Patientin war bisher nie auffallend, Menses erst einmal eingetreten. Patientin konnte die letzten Nächte vor Weihnachten nicht schlafen, „weil eine so grosse Freude über mich kam wegen des Christbaumes“. Sie erzählte, sie habe eine arme Seele erlöst, wiederholte immer dasselbe; hatte von da an keine Ruhe mehr. Bei der gestrigen Weihnachtsfeier stieß Patientin einen Schrei aus, wurde ganz

steif, seither sehr aufgeregt, „warf um sich“. Es sei ihr so eng geworden.

Status bei der Aufnahme Rachitischer Bau, wenig entwickelter Habitus, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Anfangs ist Patientin ganz stumm, bald aber stellt sie unaufhörlich Fragen (Fragesucht), wiederholt die an sie gerichteten Fragen wieder als solche (Echolalie).

Die ersten 3 Tage und Nächte ist Patientin sehr aufgeregt, singt, lacht, tanzt umher, spricht verwirrt, macht einen benommenen Eindruck, Echolalie sehr ausgesprochen, erotischer Zug, will die Ärzte küssen, nachts unreinlich. Dann wird Patientin ruhiger und klarer, beginnt spontan zu arbeiten. Sie fühlt sich jetzt wieder wohl, ist freundlich. Nach 3wöchentlichem Anstaltsaufenthalt wird Patientin geheilt entlassen und zur Erholung aufs Land geschickt. Weiteres nicht bekannt.

Fall 39. H. L. 16jähr. Eltern gesund, Vater erlitt als Knabe schwere Kopfverletzung, von dieser Zeit an ist er zeitweilig aufgeregt. Patientin ist das 5te von 6 Kindern. Geburt verlief spontan, als Kind war Patientin gesund und kräftig, doch furchtsam und eigensinnig. Mit 11 Jahren Typhus, seither viel Ohren- und Kopfweh. Menses seit 3 Monaten eingetreten. Vor 8 Wochen Influenza mit heftigem Fieber. Darauf bemerkten die Angehörigen, dass Patientin ausgelassen werde, nach 8 Tagen Umschlag ins Gegentheil, sie wurde still. Patientin hatte damals in einer Nacht einen Anfall von Schüttelkrämpfen, sie zitterte am ganzen Leibe, war aber nicht benommen. Seither continuierlicher Verlauf mit Remissionen und Exacerbationen. Die letzte Aufregung war 2 Tage vor der Aufnahme. Patientin wollte nicht mehr im Bett bleiben, beschimpfte die Umgebung, machte Äußerungen, als ob sie allerlei Gestalten sehe, auch hörte sie das Telephon in sich arbeiten, erkannte aber ihre Umgebung stets gut. Der Appetit war in letzter Zeit stets wechselnd, die Nächte schlaflos. Patientin klagte viel über Kopfweh, soll stark abgenommen haben.

Status bei der Aufnahme. Normaler Entwicklungszustand, Ernährung gut, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung, häufiger Wechsel der Gesichtsfarbe, Reflexe erhöht, Puls 100. Patientin ist sehr lebhaft, springt umher, ist sehr ungeniert, gesticuliert lebhaft beim Reden, Stimmung sehr veränderlich, bald fröhlich, gehoben, bald gereizt, bald in sich gekehrt, traurig, hat Thränen in den Augen, möchte zur Mutter. Patientin ist nur mühsam zu leiten, wird gleich grob.

Während der ersten 2 Monate wechselt der psychische Zustand sehr; meist aber ist Patientin gereizt, empfindlich und unzufrieden, schimpft über alles, neckt die andern Patienten, macht unwahre Beschuldigungen über das Wartpersonal, dazwischen ist sie heiter, macht allerlei lose Streiche. Motorisch ist Patientin ruhiger, doch beobachtet man noch häufig impulsives Aufspringen. Keine Arbeitslust. Im Stuhl ist Patientin unreinlich, freut sich, dass dadurch das Wartpersonal Arbeit mit ihr hat. Der Appetit ist mäßig, die Nächte sind ruhig. Allmählich tritt Beruhigung ein, Patientin arbeitet fleißig, ist gut zu leiten, hält sich aber noch gerne in der Gesellschaft der unartigen Elemente auf und freut sich über ihre Streiche. Die Gesichtsfarbe ist noch sehr wechselnd.

Die Reconvalescenz schreitet ohne Störung fort, Patientin ist jetzt freundlich und bescheiden, fühlt sich vollständig wohl, nimmt zu an Gewicht. In diesem erfreulichen Zustande tritt infolge Mittheilung des Todes ihres Bruders plötzlich depressives Stadium ein, währenddem sie nach $3^1/_2$monatlicher Anstaltsbehandlung nach Hause genommen wird. Sie erholte sich zu Hause, war noch nach $3^1/_2$ Jahren vollständig gesund; weitere Berichte nicht erhältlich.

Von unsern 11 Fällen maniakalischer Krankheitsformen männlicher Individuen bietet kein einziger das Bild typischer Manie mit dem Trias von Symptomen, heiterer Verstimmung, Bewegungsdrang und Ideenflucht.

Reizbare Form.

Fall 40. F. 16 stammt aus einer Familie, die mehrere Sonderlinge unter ihren Gliedern zählt. Die Geburt des Patienten war eine äußerst schwere, seine körperliche Entwicklung in der Kindheit eine sehr langsame. Patient war in der Schule äußerst fleißig, galt als genial, besonders für Mathematik, wurde von seinen Mitschülern als Original angesehen, zeigte von jeher einen heftigen jähzornigen Charakter. Mit 11 Jahren hatte Patient ein intensives Liebesverhältnis. Von seinem 15. Jahre an wurde Patient auffallend ruhig und prononciert religiös, schlief und aß auch weniger wie früher, litt an nächtlichen Angstanfällen. Im letzten $^1/_2$ Jahr gesteigertes Lernen in der Schule. 2 Tage vor der Aufnahme fieng Patient in der Schule plötzlich an, allerlei verworrene Ideen zu äußern und ein auffälliges Benehmen zu zeigen. Am nächsten Tag wurde er gewaltthätig gegen seine Angehörigen.

Status bei der Aufnahme. Graciler Körperbau, abnorme Entwicklung des Gehirnschädels, stark gerötheter Kopf, frequenter Puls. Patient ist zeitlich und örtlich orientiert, verhält sich aber völlig theilnahmslos gegenüber seiner Umgebung, schwatzt mit lauter Stimme tolles Zeug vor sich hin, verlangt, dass man ihn kreuzige, will sich an seinem Vater rächen, hat lebhafte Hallucinationen des Gesichts. Die nächsten Tage zeigt Pat. psychisch und motorisch große Erregung, ist sehr agressiv, schimpft in gereiztem Ton über seine Mitpatienten. Er spricht in salbungsvoller Weise von Gott, um im nächsten Augenblicke banale, unanständige Bemerkungen zu machen. Er spielt mit den Genitalien, schmiert mit seinen Excrementen, verweigert die Nahrung.

Nach Verlauf einer Woche wird Pat. ruhiger, geordneter, wird von seinen Angehörigen transferiert. Er erholt sich später gut, studiert mit Erfolg.

Auch bei Fall 41 wiegt die morose, gereizte Stimmung vor. K. J., 17jährig, mütterlicherseits erblich belastet, entwickelte sich körperlich und geistig gut war stets von ruhi-

gem Temperament. Im 15. Jahre schwerer Typhus. Seit ½ Jahr periodische Fluxionen gegen den Kopf mit Aufregungszuständen. Seit 14 Tagen fieng der bisher solide Jüngling an, in den Wirtshäusern sich herumzutreiben, hochgehende Pläne zu äußern, mit seinen Reichthümern und Kenntnissen zu prahlen, unsinnige Käufe zu machen.

Die 2 ersten Tage nach der Aufnahme hielt die gehobene Stimmung an. Dann erfolgt ein plötzlicher Umschlag. Pat. ist anhaltend sehr gereizt und unzufrieden, in großer motorischer Unruhe, fängt mit allen Streit an, droht und lärmt, ist gewaltthätig, hat große Unternehmungslust, macht böswillige Streiche. Pat. wird öfters beim Masturbieren ertappt. Nach Verlauf von 6 Wochen legt sich die maniakalische Erregung, äußert sich nur noch hie und da durch streitsüchtiges, grobes Verhalten. Die hebephrenische Färbung des ganzen Krankheitszustandes zeigt sich auch jetzt in einem Briefe aus dieser Zeit. Nachdem Patient seinen Angehörigen in hochtrabenden und nichtssagenden Phrasen von dem schönen Leben, das sie nach seiner Heimkehr verbringen wollen, gesprochen und zuletzt geschrieben hat: „es sehnt mich immermehr nach der lieben Heimat, ja nach dem Vaterhause, wo die Freiheit und Elternliebe frisch, ja neu erblühen wird", kommt der Neusatz: „mit der Kost bin ich sehr zufrieden". Nach 2monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patient geheilt entlassen. Weiteres nicht bekannt.

Katatonische Form.

Fall 42. O. E. 19jährig. Hereditäre Belastung nicht nachweisbar, 5 Geschwister gesund. Als Kind Fall auf den Kopf mit nachheriger, längerer Bewusstlosigkeit. In der Schule intelligent, seit 1½ Jahren in einem Geschäft, wo Patient gut brauchbar war, suchte sich außerdem noch durch Privatstunden zur Nachtzeit weiter zu bilden. In den letzten 3 Jahren lebhafte Onanie. Vor 4 Wochen plötzliche vorübergehende Aufregung, 8 Tage später wieder ohne sich zu legen. Dabei unzufriedene Laune, nächtliche Unruhe, Schlaflosigkeit, körperliche Abnahme.

Status bei der Aufnahme. Sehr jugendliches Aussehen, intelligenter Gesichtsausdruck, schlechter Ernährungszustand, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Starke Erregung mit plötzlichem Umschlag in weinerliche Stimmung, Gedächtnis mangelhaft.

Die ersten 5 Wochen bleibt die maniakalische Exaltation auf voller Höhe, Patient hat erhöhtes Selbstgefühl, prahlt in läppischer Weise mit seiner Kraft und Geschicklichkeit, verheißt den andern Kranken mit salbungsvollen Worten, er werde sie erlösen oder verdammen. Er spricht in geheimnisvollem, pathetischem Tone, drückt sich in hochgeschraubten Ausdrücken aus, bemüht sich dieselben mit bizarren Bewegungen zu begleiten. Häufig beobachtet man impulsive Acte; Patient springt plötzlich auf und haut eine Ohrfeige, oder schlägt eine Scheibe ein, oder er zerreißt seine Kleider und das Leintuch, anderemale erklettert er in größter Eile den Ofen, oder wälzt sich in wilder Erregung auf dem Boden. Die innere Erregung gibt sich auch durch häufige schnellende Bewegungen der Glieder kund. Dabei zeigt das ganze Auftreten des Kranken etwas absichtlich Gemachtes, was sich in seinen sprachlichen Äußerungen, dann aber auch in häufigen, theatralischen Stellungen und Gesten, mit denen er zu imponieren sucht, bemerkbar macht. Gegen seine Umgebung verhält sich Patient drohend und aggressiv, spuckt sie öfters an, auch äußert er reichliche Verfolgungsideen, spricht von Complotten, die man gegen ihn anstiftet. Körperlich klagt Patient viel über unangenehme Gefühle im Bauch und Kopf, über Zuckungen im Gesicht. Der Appetit ist gut, der Schlaf wechselnd, der Stuhl in Ordnung. Die nächsten 4 Wochen ist Patient ruhiger in Ausdrücken und Bewegungen, ist aber noch nicht völlig frei. Von den Spaziergängen kehrt er stets sehr ermattet und einsilbig zurück. Die Stimmung ist vielfach deprimiert, Patient gibt dann wenig Antwort, verharrt gedankenlos am gleichen Platze. Hin und wieder machen sich vorübergehende Aufregungszustände geltend, wobei Patient aggressiv wird und abgebrochene Worte laut ausstößt. Patient hat noch Mühe seine

Aufmerksamkeit zu fixieren, geistige Arbeiten macht er noch fehlerhaft, ermüdet dabei rasch.

Allmählich wird Patient psychisch freier, spricht vernünftiger, die Stimmung wird heiter, das Aussehen besser, die Erinnerung an die durchgemachte Krankheit fehlt fast völlig. Patient beschäftigt sich jetzt gerne mit Lesen und Zeichnen. Er hat immer noch Neigung sich mehr zu bewegen als nothwendig ist und hie und da theatralische Gesten zu machen. Nach 3monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patient geheilt entlassen. Das erste Jahr nach dem Austritt lauten die Nachrichten günstig, das weitere Schicksal ist unbekannt.

Fall 43. R. J. 18 jähr. Vater abnorm reizbar, seine Geschwister sehr nervös, viel Zwist zwischen den Eltern. Keine eigentliche Geisteskrankheit in der Familie. Sieben Kinder sind am Leben, einige davon leiden viel an Kopfweh, ein Bruder hatte mit 3 Jahren hemiplegische Anfälle, eine Schwester ist melancholisch. Der Vater behandelte die Kinder sehr grob. Pat. war als Kind sehr schwächlich, litt viel an Ausschlägen, lernte spät gehen, kam in der Schule nur mühsam vorwärts. Seit 3 Jahren fiel es auf, dass der Knabe sehr nachdenklich wurde; seit $^1/_2$ Jahr las er viel in religiösen Büchern, besuchte fleißig die Versammlungen der Methodisten, in den letzten Wochen klagte er viel über Kopfweh und Schwindel. 8 Tage vor der Aufnahme hatte Pat. in einer solchen religiösen Versammlung eine Art epileptischen Anfalls mit Bewusstseinsstörung, am nächsten Tag befand er sich in hallucinatorischer Aufregung, er sah Feuer, hörte den Teufel brüllen. Dem herbeigerufenen Arzt bot er damals folgendes Bild: Pat. lag bald auf dem Sopha, bald auf dem Boden, schlug um sich, griff zwecklos in die Luft, oder an der Wand herum, er spuckte häufig, bald lachte er laut auf, bald suchte er sich ängstlich zu verbergen, rieb sich bisweilen die Nase und fluchte über den Gestank, nahm horchende Stellungen ein, glaubte sich verfolgt, dabei schwatzte er verwirrtes, ideenflüchtiges Zeug unter unaufhörlichen Bewegungen. Die Temperatur war afebril. Daraufhin wurde der Zustand wechselnd. Nach längerem Schlaf traten bisweilen ruhige Intervalle ein,

Pat. erklärte, er hätte sich so aufführen müssen, weil es ihm der Doctor so befohlen habe, dann aber machte sich wieder tobsüchtige Aufregung geltend mit Gewaltthätigkeiten gegen die Angehörigen und Zertrümmern aller erreichbaren Gegenstände. Hie und da auch lautes Auflachen. Die Nahrung wird als „Gift“ zurückgewiesen, Pat. beklagt sich viel über Petroleumgestank, spricht viel vom Teufel und vom Pfarrer.

Status bei der Aufnahme. Schmächtiger, blasser Jüngling, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung, Puls langsam. Pat. scheut sich, verhüllt sein Angesicht mit den Armen, hält den Kopf gesenkt, die Augen geschlossen. Auf eindringliches Fragen gibt er zuweilen richtige Antwort, ist ziemlich orientiert über Zeit und Ort. Über den Beginn seiner Krankheit macht er unvollständige und zum Theil unrichtige Angaben. Er wird allmählich lebhafter, beweglicher, gesprächiger und auch unartiger, schaut aber Niemanden in's Gesicht. Er springt beim Schwatzen vom Thema ab, ohne Zusammenhang, wie ein Delirierender. Er hat unangenehme Empfindungen, wechselt oft die Lage und Haltung, verlangt, „man solle ihm den Eselskopf abschlagen.“ Dann wieder ist er vorübergehend heiter, entsprechend angenehmen Erinnerungen, besonders an Nahrungs- und Genussmittel, sonst zeigt er ein ängstliches, scheues, misstrauisches Wesen. Es besteht eine gewisse Unklarheit und Rededrang; Pat. ist nicht Meister seiner Gedanken, hat nicht volle Selbstbeherrschung. Er befindet sich in einem maniakalisch erregten Zustande. Doch ist es hier nicht die planlos wechselnde Beweglichkeit der Maniaci, die Bewegungen unseres Kranken haben etwas Zwangsmäßiges, Stereotypes, sie bestehen bloß in einem die Rede begleitenden Hin und Herwerfen der Arme und Schlagen an den Kopf.

In der 3. Woche des Anstaltsaufenthaltes lässt sich ein immer geordneteres, ruhigeres und klareres Verhalten constatieren. Doch ist die Stimmung jetzt mehr gedrückt, weinerlich, mittenhinein kann sich Pat. aber fröhlichen Lachens und einfältiger Scherze nicht enthalten. Von da bis Ende des 6. Monats ist ein beständiger Wechsel zwischen ruhigen und

exaltierten Perioden, jede eine Reihe von Tagen anhaltend. Während der ersteren verharrt Pat. in stumpfer, interessenloser, ruhiger Stimmung, vorübergehend mit depressiven Äußerungen, während der erregten Zeit besteht Morosität, erhöhte Reizbarkeit mit mannigfachen, melancholischen Äußerungen, Versündigungswahn, geringer Nahrungsaufnahme, hie und da aber sich steigernd zu stürmischer Exaltation. Seit Anfang des 7. Monats zeigt sich weniger Stimmungswechsel, nur noch selten Erregung, die intellectuellen Functionen nehmen zu, Pat. hat mehr Interresse, arbeitet, hat richtige Auffassung seines Zustandes, ist freundlich im Verkehr. Im 8. Monat schreitet die Genesung vorwärts. Das Verhalten des Pat. ist ein geordnetes, verständiges, das Körpergewicht nimmt zu. Pat. wird geheilt entlassen. Die nächsten 5 Jahre lauten die Berichte sehr günstig; Pat. wanderte dann nach Amerika aus und waren weitere Nachrichten nicht erhältlich.

Wir sahen einen stadienweisen Beginn, der an das Bild der Verwirrtheit erinnert. Zuerst eine Art epileptischen Anfalls mit Bewusstseinstrübung, dann hallucinatorische Aufregung, hernach Stadium der Somnolenz, dann wieder Exaltation und allmähliche Beruhigung. Darauf folgen abwechselnd während mehrerer Monate ruhige Intervalle und Exaltationsperioden, der ganze Verlauf das Bild der Mania recurrens darbietend. Hervorstechend im ganzen Krankheitsbilde ist das Unreife, deshalb so recht ein Typus einer manischen Pubertätspsychose, einer pathologischen Steigerung der Flegeljahre.

Fall 44. W. J. 15½ jährig. Vater jähzornig, intolerant gegen Alkohol, Mutter leidet viel an Migräne, Vater der Mutter war schwermüthig. Pat. soll den Charakter des Vaters geerbt haben, lernte gut, war sehr religiös, war bisher stets gesund. Kam vor einem Jahr bei einem Schreiner in die Lehre, hatte viel zu arbeiten. Im letzten Vierteljahr war er oft zerstreut, machte muthwillige Streiche, soll bisweilen während der Arbeit wie verzückt stehen geblieben sein, schlief nachts unruhig. 2 Tage vor der Aufnahme erhielt er vom Meister wegen frechen Betragens eine Ohrfeige. In der Nacht darauf fieng er an confus zu reden.

Status bei der Aufnahme. Normal entwickelter, gut genährter Jüngling, innere Organe gesund, Temperatur normal. Blick matt. Pat. spricht verwirrtes Zeug, will nach Hause gehen, glaubt, er müsse sterben, stirbt gerne, da er in den Himmel komme, macht nickende Bewegungen mit dem Kopfe, sitzt im Bette beständig auf, bittet, man solle ihm die Hand reiben, ihm verzeihen, er habe zwar nichts Schlechtes gethan. Er klammert sich an die Umgebung, indem er ängstlich um sich blickt, „wir werden uns im Himmel wiedersehen.“ Er spricht alles in der gedehnten, singenden Weise eines Geistlichen. Sein Bewusstsein ist benommen, er verwechselt die Personen.

Der verwirrte Zustand mit incohärenten religiösen Reden und großer motorischer Unruhe dauert die ersten 10 Tage fort. Es besteht anhaltend unmotivierter Stimmungswechsel, Weinen und Lamentieren wechselt mit Lachen und Scherzen. Auch hier haben wir Redesucht, doch nicht im Sinne der Maniaci sondern in Form der Verbigeration; zusammenhanglose Worte werden im scheinbaren Charakter einer Rede in beständiger Wiederholung ausgesprochen. Auf die Frage, ob er Stuhl gehabt, fängt er an zu weinen, dann sagt er „wir haben Stuhl, meine Mutter hat Stuhl“ etc. etc. Auf die Frage, wie geht's, antwortet er „die Hexen werfen mich im Bett herum.“ Dann, „es gibt keine Hexen, aber Hexlen, Hexlen“ etc. Einmal nimmt er einen Holzdeckel in die Hand und will ihn nach dem Arzte werfen, bleibt dann wie verzückt stehen, ohne sich zu entscheiden. Seine Worte sagt er im singenden, pathetischen Tone und begleitet sie mit theatralischen Gesten. Sein manisches Handeln zeichnet sich durch große Einförmigkeit aus, immer sucht er einem die Hand zu drücken, sich an einen zu klammern.

Allmählich hellt sich das Sensorium auf, Pat. spricht vernünftig, weiß, wo er ist, hat summarische Erinnerung an die Krankheit. Er erzählt von schreckhaften Träumen, er habe Berge zusammenstürzen gesehen, glaubte, es komme das Ende der Welt, das jüngste Gericht. Pat. hat auch jetzt noch Erinnerungsillusionen, erkennt in seiner Umgebung

Leute, die er schon oft gesehen. Nach Verlauf von 14 Tagen kehrt derselbe Zustand von Aufregung und Verwirrtheit mit incohärenten religiösen Ideen, ekstatischem Stupor, bald bitterlichem Weinen, bald Lachen und einfältigen Witzen wieder. In seinen sprachlichen Äußerungen macht sich oft das Symptom der Echolalie geltend; Pat. wiederholt automatisch alles, was er sprechen hört. Hie und da treten mehrtägige Remissionen ein, wo Pat. ruhig, freundlich und vernünftig ist, die übrige Zeit aber besteht hochgradig manische Aufregung mit Verwirrtheit. Die Stimmung ist jetzt meist gereizt, zornmüthig und steigert sich oft zu Gewaltacten. Die incohärenten Reden handeln immer vom Himmel und Religion, deren Inhalt zeigt immer mehr einen schwachsinnigen Zug; „er dürfe nicht mehr essen, er habe Christus in seinem Herzen."

Trotz des beständigen Wechsels im Thun und Gebaren des Pat. macht sich doch eine gewisse Monotonie geltend. Unzählige Male zieht Pat. seine Schuhe aus und wieder verkehrt an, wechselt mit convulsivischem Lachen und Weinen, wiederholt dieselben Grimassen. Im Zustande chronischer Aufregung und bei körperlichem Wohlbefinden wird Pat. nach $3^1/_2$ monatlicher Anstaltsbehandlung nach Hause genommen. Weitere Nachrichten nicht erhältlich.

Fall 45. R. A. 18jährig. Großvater litt an exquisitem Wandertrieb, ein Onkel blödsinnig, ein anderer ebenfalls geisteskrank, Mutter eigenthümlich. Die körperliche Entwickelung des Pat. war gut, geistige Befähigung mittelmäßig, Erziehung verwahrlost wegen schlechter familiärer Verhältnisse. Seit 5 Jahren ist Pat. im Weisenhause, zeigte dort großes Talent im Zeichnen. Gemüthsart weinerlich. Onanie seit 6 Jahren stark betrieben. Pat. sollte zu einem Lithographen in die Lehre, wurde deshalb sehr traurig, äußerte hypochondrische Ideen. Erkrankung ziemlich plötzlich vor 8 Tagen. Pat. wurde aufgeregt, verwirrt, gewaltthätig, äußerte Größenideen, hielt sich für einen Künstler, für einen geschickten Arzt.

Die 3 ersten Wochen herrscht continuierliche, tolle Ausgelassenheit mit rastloser Unruhe, Lachen, Singen, wirrem Geschwätz, Neckereien, Grobheiten, Renommieren und Un-

reinlichkeit. Dann legt sich die Unruhe etwas, und es macht sich jetzt häufiger, unmotivierter Stimmungswechsel bemerkbar, fröhliches Lachen und lautes Weinen lösen sich in einemfort ab. Die Bewegungen sind jetzt weniger ungeordnet, sondern es tritt ein gewohnheitsmäßiges Thun hervor, z. B. ein Schlenkern mit den Beinen, Trommeln mit den Fingern u. s. w. Es besteht keine Arbeitslust, sondern noch immer große Neigung zur Verübung von allerlei Unfug. Im 4. Monat des Anstaltsaufenthaltes verschwinden die manischen Symptome und es zeigt sich eine depressive Reaction. Patient hält sich meist ruhig und abgeschlossen, klagt unter lautem Schluchzen, verlangt, dass man ihn tödte. Diese Periode dauert fast 2 Monate. Darauf folgt ein 4wöchentliches Stuporstadium. Patient verharrt in einem apathischen Zustande, zeigt für seine Umgebung kein Interesse und keine gemüthlichen Regungen, nimmt auch nur wenig Nahrung zu sich.

Allmählich wird Patient freier, beginnt sich sprachlich zu äußern, zeigt Antheilnahme an seiner Umgebung, arbeitet mit großer Energie, ist freundlich und dankbar, Schlaf und Appetit sind gut. Das Körpergewicht nimmt zu. Nach $7\,^1/_2$monatlicher Behandlung wird Patient geheilt entlassen. Die Berichte lauten seither (4 Jahre) recht günstig.

Fall 46. L. 21jährig. Patient war zuerst wegen Melancholia cum Stupore in Behandlung (vide Fall 21), wurde dann im Reactionsstadium der Erregung versuchsweise nach Hause entlassen. Patient lebte draußen nur eine Woche mäßig, von da an zahlreiche Excesse in baccho, war sehr reizbar, machte verschiedene Scandale, wurde wieder in die Anstalt verbracht.

Patient tritt mit großer Zuversicht auf, ist empört über die Vorwürfe, verliert aber bald den gereizten Ton des unschuldigen Märtyrers, fängt an flehentlich zu weinen. Die Stimmung ist aber bald wieder heiter, bleibt auch anhaltend gehoben und reizbar. Patient trägt ein sehr erhöhtes Selbstbewusstsein zur Schau, hat eine sehr hohe Meinung von seinen Kenntnissen, obwohl man ihn auf die größten Lücken

in seinem Wissen aufmerksam macht. Sein Gedankengang ist völlig unklar, es fehlt jegliche Einsicht in seine Lage. Es besteht weder Bewegungsdrang noch Muskelunruhe, dagegen liebt Patient unnatürliche, gezwungene Gesten und Stellungen. Das körperliche Befinden ist ein gutes, das Aussehen frisch. Nach 2 Monaten wird das Verhalten bei scharfer Aufsicht ein geordnetes, doch besteht noch großes Selbstvertrauen und wenig Ausdauer bei der Arbeit.

Nach $2^1/_2$monatlichem Anstaltsaufenthalt wird Patient entlassen. Er verspricht sein Bestes, ist voller Hoffnung für die Zukunft. Anfangs kneipte er noch viel herum, fieng dann aber an, fleißig zu studieren, machte sehr rasch hintereinander und mit Erfolg seine Examina, verheiratete sich und wurde sehr tüchtig in seinem Berufe.

Fall 47. S. G. 20jährig. Bruder des Vaters litt an spontanen Angstanfällen, Schwester des Vaters längere Zeit an Stupor, ein Geschwisterkind der Mutter ist geisteskrank, ein anderes leidet an Melancholie, ebenso dessen Mutter. Eltern des Patienten gesund, nicht blutsverwandt. 1 Schwester des Patienten wurde vor kurzem tobsüchtig, eine andere ist sehr scheu. Patient entwickelte sich körperlich und geistig gut, sein Charakter war fröhlich, gutmüthig und solid. Im 16. Lebensjahre, als Patient die Masern hatte, jammerte er viel, beschuldigte die Mutter, sie habe ihm gegenüber ihre Pflicht nicht gethan, er verzweifelte an seiner Gesundheit. Dieser Zustand dauerte 3 Monate, seither normaler Zustand. Neuerkrankung 10 Tage vor der Aufnahme. Zuerst krankhafter Fleiß, dann hallucinatorische Aufregung. Patient sah überall Schnee und verschiedene Thiere, mit denen er sich unterhielt, schwatzte von Himmel und Hölle, legte sich auf die Erde, spuckte, pfiff und sang.

Bei der Aufnahme ist Patient zeitlich und örtlich desorientiert, er gibt an, er heiße Teufel und komme aus der Hölle. Es besteht große Unruhe, confuses Durcheinanderreden, auch scheint Patient zu hallucinieren.

Nach 3 Tagen ist Patient freier, gibt vernünftige Antworten, ist aber im übrigen sehr still, fällt bisweilen durch

plötzliches, unmotiviertes Lachen auf. Körperlich ist Patient wohl, hat guten Appetit und regelmäßigen Stuhl. Die nächsten 2 Monate wechselt ein übermüthiges, kindisches Verhalten, wobei Patient in unaufhörlichem Reden immer die gleichen einfältigen Ideen produciert oder ganz unmotiviert laut auflacht, mit Perioden leichten Stupors, ruhigem, theilnahmslosem Verharren am gleichen Platze. Allmählich wird die Stimmung eine gleichmäßigere, Patient hat Freude an der Arbeit, sehnt sich nach seinen Angehörigen. Nach 4monatlichem Anstaltsaufenthalt wird Patient geheilt entlassen. Weitere Nachrichten nicht erhältlich.

Fall 48. J. E. 20jährig. Eltern gesund, 1 Tante mütterlicherseits seit dem 18. Jahr geisteskrank, 1 jüngerer Bruder des Patienten epileptisch. Patient entwickelte sich körperlich und geistig gut, begann das Studium der Medicin. Vor $1^1/_2$ Jahren fiel er beim Turnen auf den Kopf, seither Änderung seiner Gemüthsart und häufige Klagen über Kopfweh. Seit $^1/_2$ Jahr Äußerung melancholischer Ideen, seit 14 Tagen vor der Aufnahme aufgeregter Zustand.

Die ersten 2 Monate besteht anhaltend hochgradige Unruhe mit gehobenem Selbstgefühl. Patient springt im Zimmer herum, zerschlägt Spiegel, Fenster und Geschirr, zerreißt seine Kleider, springt im Zimmer auf den Ofen, auf den Kasten, steigt im Garten auf die Bäume, wirft seine Schuhe über das Gartengitter, wälzt sich auf dem Boden, kugelt sich zusammen und kollert im Zimmer herum, führt wilde Tänze auf. Er beschimpft die andern Patienten, droht jeden niederzustechen, der in seine Nähe komme, verdächtigt das Wartepersonal. Er singt, brüllt, pustet wie eine Locomotive, er spricht vom Gange der Planeten, vom Morde Cäsar's, wirft alles durcheinander und bildet sich auf sein Wissen nicht wenig ein. In seinen sprachlichen Äußerungen tritt die Tendenz zur Bildung ähnlicher Worte hervor, z. B. Anfallen, Fallen, Felleisen. Patient beklagt sich hie und da, man lasse ihn nachts nicht schlafen, in seinem Bette sei eine Leydenerflasche, von der er elektrische Schläge erhalten habe. Diese Schläge stellen sich als Zuckungen in den Extremitäten heraus.

Im 3. Monat des Anstaltsaufenthaltes macht die Aufregung hie und da für kurze Zeit einem Stuporzustande Platz. Patient staunt vor sich hin, antwortet nicht, saliviert stark, spuckt auf Kleider, Tisch und Boden. Sein Gesicht hat dabei einen blöden Ausdruck, der Blick ist leer, die Augen verschwommen. Oft plötzliches Erwachen aus dem Stupor und abrupter Übergang in wilde Aufregung. Nachdem dieser Zustand 14 Tage gedauert, tritt wieder anhaltende Aufregung ein. Das Selbstbewusstsein des Patienten ist wieder erhöht, sein Gedankenablauf ist ein ganz verworrener, springt von einem Gegenstand auf den andern. Patient ist streitsüchtig, unverschämt, urtheilt über alles ab, nimmt oft in theatralischer Weise drohende Stellung ein. Er ist völlig einsichtslos, macht einfältige Verse, indem er allerlei neue Wörter, die keinen Sinn haben, zusammenreiht. Es besteht starke Salivation und große Unreinlichkeit im Stuhl. Zeitweise kommt Patient zu sich, ist dann freundlich, antwortet verständig. $2^1/_2$ Monate dauert diese Unbeständigkeit. Dann hält der ruhige, vernünftige Zustand an; Patient hat jetzt Krankheitseinsicht, urtheilt über alles vollständig klar, fühlt sich wohl. Das Körpergewicht nimmt zu. Nach $5^1/_2$monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patient entlassen.

Seit dem Austritt gesund, doctorierte Patient in W. Fiel dann 2mal im Staatsexamen durch, seither sehr ängstlich, arbeitete viel, wurde aufgeregt. Nach 8 Jahren Wiederaufnahme in die Anstalt wegen Manie und Übergang in chronische Verwirrtheit.

Fall 49. F. F. 20jähr. In der Ascendenz angeblich keine Geisteskrankheiten. 1. Bruder auch geisteskrank. Patient früher nie krank, in der Schule intelligent und sehr fleißig, ruhiger, gefälliger Charakter. Im 8. Jahre Fall auf den Kopf aus einer Höhe von 20 Fuß. Lebensweise des Patienten immer mäßig und solid. Mit 18 Jahren kam Patient als Commis in die Fremde, wo er sehr brauchbar war. In der letzten Zeit seines dortigen Aufenthaltes strengte er sich geistig abnorm an, litt auch viel an Heimweh. Man bemerkte eigenthümliche Ideen, Furcht vor nächtlichen Einbrüchen, Zunahme der

ängstlichen Stimmung und raschen Übergang in furibunde Aufregung.

Bei der Aufnahme ist der kräftige, wohlgenährte, sonst völlig gesunde Patient ganz desorientiert, abnorm heiter, antwortet, wie es scheint, auf Gehörshallucinationen, schreit bisweilen plötzlich auf. Nach einigen Tagen schlägt die Stimmung um. Patient ist mürrisch, unzugänglich, aggressiv, gibt keine oder nur barsche Antwort; sich selbst überlassen, lacht er öfter vor sich hin, oder macht zwangsmäßige rasche Bewegungen mit seinen Gliedern oder stößt laute, unverständliche Worte aus. Allmählich wird die Aufregung wilder, Patient zerschlägt und zerreißt alles Erreichbare, schlägt drein, kratzt und beißt, springt hin und her, wälzt sich auf dem Boden, singt, brüllt, lacht und weint, grimassiert. Er nimmt die verschiedensten Stellungen an, verharrt darin einige Zeit und wechselt sie wieder ruckweise. Manchmal kniet er auf dem Boden und berührt mit seiner Stirn die Erde; alle seine Bewegungen sind hastig, stoßweise. Oft steht er laut stöhnend im Garten, dazwischen wieder krampfhaft auflachend. Er äußert auch Größenideen, ruft mit großem Pathos: „Ich bin Gott", halluciniert lebhaft mit Gesicht und Gehör. Patient ist sexuell sehr erregt, saliviert stark, ist unreinlich im Stuhl. Damit wechselt ein mehrtägiges Stuporstadium; Patient liegt entweder ausgestreckt stundenlang auf einer Bank oder steht die längste Zeit unbeweglich an einer Wand oder sitzt zusammengekauert da. Er gibt keine Antwort, die Nahrung nimmt er nur gezwungen. Oft macht er eigenthümlich nickende Bewegungen mit dem Kopf, oder er zuckt plötzlich zusammen und verharrt dann wieder längere Zeit in der angenommenen Stellung, ein anderesmal stößt er plötzlich einen Schrei aus und lässt sich zu Boden fallen. Beim Versuch passiver Bewegungen geräth die ganze Körpermusculatur in tetanische Starre, nicht selten bricht Patient in lautes Lachen aus.

So wechseln maniakalische Aufregung und Stupor im cyklischen Verlaufe, beide jeweils bis 14 Tage andauernd, während der ersten 7 Monate. Darauf folgt während der 2 nächsten Monate continuierliche Unruhe. Patient ist psychisch

und motorisch in großer Erregung, spricht laut und viel, springt hin und her, zerreißt, lacht, spuckt, meint bald zu fliegen, bald zu fahren, bald zu schwimmen, macht dazu entsprechende Bewegungen. Oft führt er auch ruckweise schnellende, stoßende Gesticulationen aus. Der Schlaf ist sehr gestört, die Nahrungsaufnahme gering, das Körpergewicht nimmt zusehends ab. Dann stellt sich allmählich größere Ruhe ein. Patient beginnt zu arbeiten, findet nachts wieder Schlaf. Auch kurze, vorübergehende Aufregungszustände hören auf, die Remission macht rasche Fortschritte. Patient hat wieder Freude an geistiger Beschäftigung, unterhält sich gerne mit seiner Umgebung, ist vollständig ruhig und klar. Außer einer gewissen Empfindlichkeit und Reizbarkeit lässt sich nichts Abnormes nachweisen. Auch das Gewicht nimmt wieder zu.

Nach $17^1/_2$monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patient entlassen, arbeitete zu Hause als Landwirt bei vollständigem Wohlbefinden. Nach 6 Jahren kommt Patient wieder in die Anstalt wegen maniakalischer Aufregung, die in chronische Verwirrtheit übergeht.

Choreatische Form.

Fall 50. D. A. $18^1/_2$jährig. Vater durch Apoplexie geistig geschwächt, Mutter gesund. Patient bisher stets gesund, lernte in der Schule gut, war immer stiller als andere. Seit $2^1/_2$ Jahren arbeitet er in einer Bandfabrik, war stets fleißig und solid. Seit $^1/_2$Jahr wurde er nachlässig und reizbar; in den letzten 5 Tagen arbeitete er gar nicht mehr, war voll Unruhe, lief planlos herum, besuchte Wirtshäuser, war grob.

Status bei der Aufnahme. Schmächtiger Körperbau, unvollständig entwickelter Habitus, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Trotziges Gebaren, wildes Schreien.

Während der nächsten Tage fallen choreaartige Bewegungen der Arme und Zuckungen in sämmtlichen Muskelgebieten auf. Die Beine werden hin und her geschlenkert, gestreckt und gebeugt, die Kiefer wie zum Kauen hin und her bewegt; damit wechseln opisthotonische Bewegungen,

krampfartiges Strecken und Recken, indem der Körper dabei nach hinten gebeugt wird. Die Stimmung ist trotzig, gereizt, unzufrieden, Patient droht, commandiert: „Weiche von mir, Satan.“ Der Kopf ist stark geröthet und heiß anzufühlen. Die Erregung steigert sich allmählich: Patient schreit, brüllt, ist in beständiger Unruhe. Auch beim Sitzen trommelt und schlägt er mit den Händen, schüttelt rhythmisch den Kopf. Es besteht gewaltiges Selbstbewusstsein. Patient schnaubt Wuth und thut nichts. Er onaniert, indem er auf dem Bauche herumrutscht. Nach 14 Tagen Eintreten einer Remission. Patient ist weniger erregt, aber noch sehr unartig. Die choreatischen Zuckungen sind weniger intensiv, die Bewegungen noch sehr hastig. Beim Essen klopft er mit der Gabel auf den Tisch, dreht den Teller, schüttelt jeden Bissen. Bisweilen zeigen sich Angstanfälle: „Ach Herr, sei mir gnädig.“ Der Schlaf ist besser, Patient fühlt sich ermattet. Bisweilen steht er jetzt ganz schlaff da und verharrt viertelstundenlang in der gleichen Stellung. Patient antwortet jetzt gut, fühlt, dass er krank war, er habe nicht anders gekonnt. Die Stimmung wird von Tag zu Tag gleichmäßiger. Patient beginnt sich zu beschäftigen. Das Aussehen ist sehr blass, der Puls verlangsamt. Nachdem nochmals die alte, trotzige Erregung mit gesteigerten, choreatischen Bewegungen der Arme, unwilligem Schlenkern der Beine, Zuckungen im ganzen Körper, Suicidiumsdrohungen, starker Pulsbeschleunigung, während 5 Tagen angedauert hatte, tritt im 2. Monat des Anstaltsaufenthaltes endgiltige Beruhigung ein. Patient ist jetzt still, aber noch sehr übelgelaunt. Er antwortet nur aufgefordert und dann trotzig. Bewegungsdrang zeigt sich nur noch selten, auch die choreatischen Bewegungen der Glieder lassen nach. Die Ernährung nimmt zu, das Aussehen wird besser; es besteht subjectives Wohlbefinden. Auch die Stimmung wird eine normale, das Verhalten ein freundliches, nur in den Antworten ist Patient noch sehr kurz. Bei normalem Verhalten wird Patient nach 2monatlicher Behandlung nach Hause entlassen. Die nächsten 4 Jahre lauten die Berichte günstig, weitere Nachrichten sind nicht erhältlich.

Vorkommen.

Unsere 29 Fälle von Manie vertheilen sich auf 18 weibliche und 11 männliche Individuen. Die meisten Autoren betonen das häufigere Auftreten der Manie im Pubertätsalter gegenüber der Melancholie. Esquirol (1) Cullerre (21) bemerken, dass in der Jugend die Manie dominiere, im reifen Alter die Melancholie, auch Rousseau (29), Guislain (5), Blandford (14), Clouston (23) finden weit häufiger die Manie im Pubertätsalter als die Melancholie.

Ätiologie.

Als vorwiegendes pathogenetisches Moment lässt sich in allen Fällen die Pubertätsentwicklung erkennen. Schon anamnestisch erfahren wir häufig von einem schwierigen pathologischen Verlauf dieses Processes. Bei 6 unserer Kranken bestehen Störungen der Menses von ihrem ersten Auftreten an, 7mal tritt schon mit den ersten Symptomen der Geschlechtsentwicklung die psychische Erkrankung ein, was auch von Moreau (18) bestätigt wird. 10 unserer Patienten erscheinen individuell prädisponiert zu geistiger Erkrankung; bei 4 finden wir zorniges, reizbares Temperament, 2mal weinerliches, empfindliches Wesen, 2mal übertrieben religiösen und 1mal furchtsamen Charakter, 1mal sehr launische Gemüthsart angegeben.

Bei 12 unserer Fälle (6 männlichen und 6 weiblichen) besteht hereditäre Disposition, welche allgemein als aggravierendes Moment angesehen wird. Moreau (18) hat bei seinen Fällen stets Heredität angetroffen und hält sie für die fundamentale, nothwendige Ursache der Entstehung des Deliriums.

Als Gelegenheitsursachen machen sich geltend: 3mal depressive Gemüthsbewegungen, 3mal fieberhafte Erkrankungen, 2mal Fall auf den Kopf in den Kinderjahren, 1mal 1 Jahr vor der Erkrankung. Endlich erwähnen wir noch vorausgegangene geistige Überanstrengung in 6 Fällen, ungünstige häusliche Verhältnisse bei 3 Kranken. Moreau (18)

betont die wichtige Stellung der Masturbation in der Ätiologie der Manie. Wir möchten derselben diese Bedeutung nicht zuschreiben.

Verlauf.

Der Manie geht in allen unsern Fällen ein Vorläuferstadium voraus, das von einigen Tagen bis zu 6 Monaten seiner Dauer nach wechselt. Dasselbe verläuft gewöhnlich kürzer bei den schwereren Fällen. Seine Symptome bestehen in einer Anderung des Charakters, reizbarem, ängstlichem oder depressivem Wesen, jähem Stimmungswechsel, Kopfschmerz, häufigen Kopffluxionen, Müdigkeit, Abnahme des Appetits, unruhigem Schlaf.

3mal gehen dem Ausbruch der Krankheit anhaltend depressive Verstimmungen, 2mal typische Melancholie voraus (cyklische Psychosen). In 4 Fällen hat die Krankheit bereits periodischen Charakter angenommen (periodische Manie). In 2 Fällen hatten einige Jahre früher vorübergehende Verwirrtheitszustände bestanden. 5mal beginnt die Krankheit direct als Tobsucht, die übrigen Fälle setzen mit der leichten Form ein, um entweder als solche zu verlaufen oder dann in die schwere Form überzugehen.

Der Verlauf zeigt meistens Remissionen und Exacerbationen, doch finden wir auch einige Fälle, die ohne solche Schwankungen in Genesung übergehen.

Fall 43 bietet das Bild der Mania recurrens, deren Vorkommen im Pubertätsalter auch von Emminghaus [17] erwähnt wird, der gleichzeitig auch auf Beispiele aufmerksam macht, die von Paulmier und Witkowski beobachtet wurden. Unser Fall setzt sich aus zahlreichen Manien im Verlaufe von 6 Monaten zusammen, die durch mehrtägige Intervalle getrennt sind.

Fall 48 zeigt die Form der Mania remittens. Wilde Aufregung wechselt wiederholt mit ruhigen Perioden oder stuporösen Stadien.

Bei Fall 49 sehen wir cyklischen Verlauf; maniakalische Exaltation wechselt mit Stupor während 7 Monaten.

Das Stadium decrementi kennzeichnet sich durch Abnahme der psychischen und motorischen Unruhe. Meist geht eine Besserung der Ernährung und des Schlafes voraus. Mit den manischen Symptomen mischen sich jetzt länger andauernde Depressionszustände. Ein plötzliches Aufhören der Krankheitssymptome zeigt keiner unserer Fälle. 2 gehen auf dem Wege einer ausgesprochenen Melancholie, 2 auf dem eines länger dauernden Stupors in Genesung über. Einmal schreitet der Heilung ein Verwirrtheitszustand voraus.

Die Dauer

der Manie beträgt bei unsern Fällen im Durchschnitt $4^1/_2$ Monate. Paulmier ([27]) gibt für die seinigen (Kinder und Jugendliche) als mittleren Anstaltsaufenthalt 189 Tage (Minimum 17, Maximum 531) an.

Der Ausgang

ist bei 24 Fällen Heilung; davon recidivierten, soweit eruierbar, 4, von denen 2 in chronische Manie, resp. secundäre Verwirrtheit übergiengen. Den Geheilten sind beigezählt 2 periodische und 1 circuläre Form. Ungeheilt wurden entlassen 5, darunter 2 periodische Formen. Von 4 geheilten Kranken wird berichtet, dass sie aus der Krankheit gereifter im Charakter und geistig regsamer hervorgegangen sind. Auch Paulmier's Fälle giengen meist in Heilung über. Er hält die Prognose im Pubertätsalter für weniger günstig als später. Er betont die kürzere Heilungsdauer; Recidive im Jugendalter hat er nur 2mal beobachtet, mehr dagegen in späteren Jahren. Er sagt, je zufälliger die Ursache und je früher die Symptome, um so größer die Chancen dauernder Heilung. Nach Ablauf der Krankheit fand er das Zurückbleiben einer gewissen Impressionabilität. Blandford ([14]) und Rousseau ([29]) heben hervor, dass die jungen Leute der Melancholie viel schwerer zu entreißen sind als der Manie.

Allgemeine Symptomatologie.

Wie wir schon eingangs bemerkt, zeigen unsere Krankheitsbilder mancherlei Abweichungen von der Erscheinungsweise der gewöhnlichen Manie. Die Ideenflucht ist, wie auch Schönthal [56] hervorhebt, oft nur scheinbar eine reichhaltige. Der weitere Verlauf der Krankheit zeigt, dass der Vorrath an Vorstellungen ein recht ärmlicher ist, dass häufig das gleiche Material wiederholt wird, wodurch eine Reichhaltigkeit vorgetäuscht wird. Wir finden selten den stetsfort wechselnden und deshalb so mannigfaltigen Inhalt der Ideen wie beim Erwachsenen. Im Gefühlsleben fehlt das Überwiegen der Lustgefühle. Es macht sich vornehmlich excessive Gemüthsreizbarkeit mit Neigung zu Affecten und großer Stimmungswechsel mit dem Charakter des Impulsiven geltend. In der Hälfte der Fälle treffen wir häufiges Weinen und ausgeprägte Angst. Im Gebiete des Psychomotorischen haben wir bereits auf die so häufige Monotonie im manischen Handeln, im Gegensatz zu der planlosen Beweglichkeit der Maniaci, aufmerksam gemacht. Hieher gehört auch die von Paulmier [27] zuerst beobachtete Complication der jugendlichen Manie mit Stuporzuständen. Auch Züge von hebephrenischem Irresein, altkluges neben kindischem, läppischem Gebaren finden wir wiederholt in den manischen Bildern mit sonst gutartigem Verlaufe. Regis [15] macht auch auf das häufige Vorkommen von Delirien mit religiöser Färbung aufmerksam. Wir haben den entsprechenden Inhalt in 9 Fällen beobachtet. Man kann sich aber bei solchen Äußerungen unserer Kranken des Eindruckes des Theatralischen nicht ganz erwehren. Auch Wahnvorstellungen machen sich geltend, die häufig etwas Oberflächliches an sich haben; 8mal finden wir als deren Inhalt Verfolgungsideen. Auch Hallucinationen (14mal des Gehörs, 10mal des Gesichts) sowie Illusionen sind nicht selten. Paulmier [27], Rousseau [29] und Schönthal [56] heben die Häufigkeit der Hallucinationen, Delasiauve die der Illusionen im Pubertäts- und Kindesalter hervor, im Gegensatz zu späteren Altersperioden. Rousseau [29] beob-

achtete Verschiedenheiten im Verlaufe der Krankheit bei beiden Geschlechtern, mit denen unsere Erfahrungen nicht übereinstimmen. Er sagt, die Knaben sind im allgemeinen geschwätzig, von einem unglaublichen Thätigkeitstrieb, sie lassen sich hinreißen zur Prahlerei, sind betrügerisch, sie wollen alles unternehmen, aber unter dem Einfluss der Veränderlichkeit ihrer Gedanken beginnen sie vieles und vollenden nichts. Bei den weniger begabten Knaben zeigen sich perverse Triebe, sie zerstören, zünden an ohne Grund. Das Delirium der jungen Mädchen ist weniger lärmend, aber auch turbulent. Sie sind lustig, suchen die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, ihre Beweglichkeit ist excessiv, vom lustigsten Lachen gerathen sie in die reichlichsten Thränen.

Übereinstimmend heben wir hervor, dass beim weiblichen Geschlecht hysterische Symptome ziemlich häufig sind, dass erotische Triebe vorherrschen. Die Mädchen suchen sich an den Arzt zu schmiegen, verfolgen ihn mit zärtlichen und verzückten Blicken, putzen sich vor seiner Ankunft heraus. Exacerbationen der Krankheit zur Zeit der Menses, wie sie Rousseau ([29]) und Moreau ([18]) beschreiben, haben wir bei 6 Fällen beobachtet, keine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes 5mal, Beruhigung durch den regelmäßig eintretenden Menstrualfluss 2mal. In 2 Fällen endlich waren die Menses während der Krankheitshöhe ausgeblieben und kehrten erst mit Eintritt der Reconvalescenz wieder.

In körperlicher Beziehung finden wir ferner constant Kopfcongestionen, Schlafmangel, gesteigerte Herzthätigkeit, Sinken der Ernährung, endlich sehr häufig gesteigerte sexuelle Erregung.

Dementia acuta s. primaria.
(Acuter Stupor.)

Die Dementia acuta kennzeichnet sich durch rasch eintretende Abschwächung bis Lähmung aller höhern geistigen Functionen. Die Entwicklung der Krankheit ist eine theils rasche, theils allmähliche. Gewöhnlich geht ein Prodromalstadium voraus, welches mehrere Monate dauern kann.

Dasselbe kennzeichnet sich durch Niedergeschlagenheit, unmotivierte Beängstigung mit Wahnvorstellungen, auch Suicidiumsdrohung, durch Klagen über Denkunfähigkeit. Objectiv beobachtet man abnehmende geistige Klarheit, Neigung zu illusionären Deutungen. In körperlicher Beziehung findet man Kopfweh, Schwindel, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörung. Im ganzen ist das Stadium charakterisiert durch die geistige Ermüdbarkeit. Der Ausbruch der Krankheit ist ein acuter, und zwar geht entweder dem Stupor ein exaltiertes Stadium der Verwirrtheit voraus oder der Stupor ist primär. Demgemäß unterscheiden wir 2 Formen:

1. Secundärer Stupor mit vorausgehenden Reizungssymptomen.

2. Primärer Stupor.

Das Symptomenbild unserer Fälle ist auch hier ein recht vielgestaltiges. Gemeinsam ist allen eine mehr oder minder tiefe Störung des Bewusstseins, eine Art Traumlebens bis zum Grade der vollständigen geistigen Vernichtung. Selbstbewusstsein und Orientierungsfähigkeit können gänzlich verloren gehen. Die Störungen des Gemüthslebens bestehen in Theilnahmlosigkeit gegen die Umgebung bis zum vollständigen Stimmungsmangel. Alle Regungen auf dem Gebiete des Begehrens sind aufgehoben, auch das Nahrungsbedürfnis kann völlig fehlen. Krankheitseinsicht ist nicht vorhanden.

Die Kranken sind bewegungslos, liegen unbeweglich herum, sind sie auf, so stehen sie in gebeugter, schlaffer Haltung da, rufen wir sie an, so bewegen sie sich in manchen Fällen, meist aber reagieren sie gar nicht. Andere Kranke lassen ihre Stellung wenigstens passiv verändern, die meisten aber werden starr bei jedem Versuch, ihre Lage zu ändern; wollen wir forcieren, so erfolgt Widerstand ohne Aggressivität. Diese Kranken sind stumm, ihr Gesichtsausdruck ist geistlos und leer, sie lassen ihre Se- und Excrete laufen. Das ist das Bild der reinen Demenz, dem bloß 3 unserer Fälle entsprechen.

Bei den andern Kranken beobachtet man spontane motorische Reaction, impulsive Bewegungsacte, motorische

Innervationsstörungen, (Spannungs- und Erstarrungszustände, tonische und clonische Krämpfe in verschiedenen Körpergebieten), sogar anhaltende motorische Unruhe. Außer kurz vorübergehenden emotiven Vorgängen (episodischen Erregungszuständen), treffen wir neben der psychischen Benommenheit vorherrschende Stimmungsanomalien, bei 3 Fällen ängstliche Erregung, bei 2 andern heitere und weinerliche Stimmung mit sprachlichen Äußerungen gleichen Inhalts. Auch Zustände von Benommenheit und Lucidität wechseln mit einander. Hallucinationen finden wir nur einmal.

Bei Fall 51 sehen wir nach einem einleitenden Stadium ängstlicher Erregung eine längere Periode von Stupor abwechseln mit Zuständen exaltierter Verwirrtheit und Lucidität, worauf 6 Monate anhaltende Benommenheit mit vollständiger motorischer Hemmung und wechselnder Stimmung folgen. Bei Fall 53 lösen sich während einer langen Periode Zustände völliger Apathie und Aufregung ab. Fall 59 zeigt den Symptomencomplex, der von v. Krafft-Ebing (44) für Fälle masturbatorischer Provenienz als charakteristisch angegeben wird. Wir finden Spannungs- und Erstarrungszustände der Musculatur, locale, tonische und clonische Krämpfe, raptusartige Ausbrüche.

In körperlicher Beziehung machen die Kranken den Eindruck der Schwäche. Manche Fälle bieten die Symptome der Vasoparese mit Herzschwäche: kleiner, weicher Puls, häufige Schweiße, profuse Salivation, herabgesetzte Temperatur. Die Ernährung ist gestört, das Gewicht sinkt, man beobachtet Tremor der Zunge und Hände, weite Pupillen. Die Diurese ist vermindert, der Stuhl ist angehalten.

a) Secundärer Stupor mit vorausgehenden Reizsymptomen.

Fall 51. E. 17jährig. Vater vor 4 Jahren gestorben an Miliartuberculose, war während seiner Jugendzeit vorübergehend sehr nervös, war sonst eine langsame, sanfte Natur. Mutter gesund. Vater der Mutter sehr nervös, schreckhaft. Patientin einziges Kind, Geburt verlief gut, war, außer

einmal an Masern, nie krank. Gemüthsart sanft, langsam, ängstlich, sehr gewissenhaft. Patientin hatte Mühe in der Schule vorwärtszukommen, arbeitete sehr fleißig. Vor 2 Jahren auf den Tod ihrer besten Freundin nächtlicher Angstanfall, sie meinte, sie müsse auch sterben. Um diese Zeit fühlte sich Patientin körperlich sehr matt, konnte nicht schlafen, hatte unregelmäßigen Appetit. Allmählich wieder Besserung des Zustandes. Vor einem Jahr kam Patientin in ein Institut. Hier Ausbleiben der Periode, die vor 4 Jahren eingetreten und dann öfters bis 6 Monate ausgesetzt hatte; seither Menostasie. Patientin litt seither oft an ängstlichen Stimmungen, fühlte sich unfähig zu geistiger Arbeit.

Vor 2 Monaten kam Patientin von einem Besuche ganz „verstört“ zurück, war sehr aufgeregt, voll Angst, sie hätte etwas Böses gethan, sprach in abgerissenen, unvollendeten Sätzen, grimassierte, ahmte die Sprachweise anderer Leute nach, verwechselte die Personen, zerriss ihre Kleider. Sie griff jedes gehörte Wort auf, sprach es nach oder verwendete es nach eigenem Gutdünken. Ihre Freundin dürfe nicht katholisch werden, ihr Lehrer habe doch nicht gestohlen, sie selbst habe auch nicht gestohlen, sie wolle kein katholisches Geschirr. Nachdem dieser Zustand 3 Tage gedauert, wurde Patientin wieder ruhig und klar, fieng an zu arbeiten. Nach 10 Tagen trat ein Rückfall ein mit tiefer Bewusstseinstrübung. Während sechs Tagen bestanden lebhafte ängstliche Delirien bis zur Raserei. Man beobachtete tonische und clonische Zuckungen in allen Gliedern. Nach tiefem Schlaf erwachte Patientin wieder ganz klar, verhielt sich 4 Tage ganz still. Dann neuerdings Aufregung. Sie begann oft Sätze, ohne sie zu vollenden, z. B. ich bin ja schon mich selber, aber . . . .“, wir haben einander ja schon lieb, aber . . . .“, ich bin ja schon folgsam, aber . . . .“; zeitweise redete sie von sich bloß in der dritten Person. Die nächsten 5 Wochen zeigte Patientin ruhiges Verhalten. Sie erwachte gewöhnlich morgens ganz klar, gab während ungefähr 10 Minuten vernünftige Auskunft, darauf verharrte sie während des ganzen übrigen Tages in einem stuporösen Zustand ohne jegliche sprachliche Äußerung.

Zuweilen nahm sie sonderbare, kataleptische Stellungen ein, beugte den Oberkörper nach vorn und rückwärts, streckte die Arme aus, sperrte den Mund weit auf. Mitunter traten diese Bewegungen ganz plötzlich und so heftig auf, dass Patientin umzufallen drohte. Anderemale machte Patientin abwehrende Bewegungen, bewegte die Lippen, zerriss oft plötzlich Gegenstände, die ihr in die Hände kamen. Zeitweise heftige Lachkrämpfe.

Status bei der Aufnahme. Ordentlicher körperlicher Entwicklungs- und Ernährungszustand. Schädel symmetrisch, Stirne niedrig, Gesichtsausdruck blöde, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung, Puls 112, klein. Bei der Untersuchung sperrt sich die Patientin, gibt auf Fragen keine Antwort, lacht vor sich hin. Nachher wird Patientin unruhig, versucht fortzulaufen, nimmt theatralische Stellungen ein, wobei die Glieder starr sind. Sie geht und steht in Absätzen, ruckweise, um dann zwangsmäßig wie gebannt zu sein. Sie macht seitliche Verbeugungen des ganzen Körpers, steht auf einem Beine. Die Nahrung muss ihr gegeben werden. Sie blickt abwechselnd missmuthig und fröhlich drein.

Am nächsten Tag treten die Spuren eines Menstrualflusses auf. Die Stimmung ist noch sehr wechselnd. Bald steht Patientin wie gehemmt am gleichen Platze, dann wieder reagiert sie sehr heftig auf jede äußere Beeinflussung, wird gewaltthätig. Weist man die Patientin an, irgend eine Bewegung zu machen, z. B. einen Löffel zum Munde zu führen, so bleibt sie unbeweglich, als wenn ihr ein unüberwindliches Hindernis entgegengestellt würde, dann erfolgt plötzlich und ruckweise nach geraumer Zeit die Action. Manchmal beugt sie den Oberkörper nach vorne oder zur Seite, wie horchend, auch wohl die Lippen bewegend, springt dann plötzlich wie befreit davon.

Während des ersten Monats des Anstaltsaufenthaltes ist Patientin anhaltend in völlig benommenem Zustande, muss gefüttert und auf den Abort geführt werden. Vorübergehend ist Patientin gewaltthätig gegen ihre Umgebung; die Nächte sind zeitweise sehr unruhig. Die nächsten Monate lässt die

Benommenheit etwas nach. Patientin setzt sich oft spontan an's Klavier und spielt, wobei sie die Noten auch richtig abliest. Sie gibt richtige Antworten, wenn sie von der Wärterin etwas gefragt wird, während sie auf Fragen des Arztes schnell zur Seite blickt, einfältig lacht und ihn bei seinem Weggehen mit ihren Blicken verfolgt. Im Verkehr mit andern als den erwähnten Personen ist sie völlig stumm. Auch die motorischen Spannungs- und Hemmungszustände treten seltener auf; nur hie und da beobachtet man noch Seitwärtsbiegungen des Körpers oder Spitzfußstellungen. Körperlich zeigt sich starke Dickenzunahme. Der Kopf ist vielfach roth und heiß, die Hände und Füße kalt. Zur Zeit der jetzt ziemlich regelmäßig auftretenden Menses ist Patientin mehr unruhig wie sonst. Im 4. Monat ihres Anstaltsaufenthaltes geht Patientin der sie besuchenden Mutter freudig entgegen, küsst sie, spricht von ihren Tanten, wie sie etwa von Schulfreundinnen reden sollte. Sie ist über ihren hiesigen Aufenthalt noch unklar, scheint am Schlusse des Besuches mehr benommen, beim Abschied ist sie gleichgiltig und kalt. Doch macht sie jetzt psychisch gute Fortschritte, wird zunehmend klarer und geordneter, weiß jedoch nicht, wie lange sie hier ist. Die Menses gehen jetzt ohne psychische Erregung vorüber. Der Puls, der in der letzten Zeit auf 80 gesunken war, steigt auf 100. Vorübergehend ist Patientin noch etwas gereizt, sie verlangt nach Hause, daheim kann man Besuche machen, hier nicht, die hiesigen Ärzte genügen ihr nicht, um ihre Verstopfung zu curieren, dabei lacht sie einfältig. Im 5. Monat wird Patientin zusehends klarer, die Stimmung gleichmäßiger. Patientin wird nach Hause genommen. Die Berichte lauten günstig, doch zeigen die schriftlichen Äußerungen der Patientin entschiedene intellectuelle Schwächen. Es besteht anhaltend ordentliches Befinden bis Oct. 1896 (2 Jahre nach der Entlassung), dann Neuerkrankung mit verwirrter Exaltation.

Fall 52. J. V. 20 $^1/_2$ jährig. Vater Potator, Mutter des Vaters geistig geschwächt, Mutter der Patientin im ersten Wochenbett geistig sehr angegriffen. Patientin ist das jüngste von

6 Geschwistern. Im 3. Monat der Schwangerschaft fiel die Mutter 4 Meter hoch herunter auf den Kopf, blieb längere Zeit bewusstlos. Die Geburt verlief normal. In der Schule lernte Patientin schwer. Mit 14 Jahren Rheumatismus acutus, gleich darauf Eintritt der Menses, die seither unregelmäßig und mit heftigen Molimina wiederkehrten. Charakter stets verschlossen. Vor einem Jahr Tod des Vaters, seither war Patientin sehr traurig, klagte viel über Kopfweh. Beginn der eigentlichen Störung vor 3 Wochen, nachdem Patientin schon vorher schlecht geschlafen und wiederholt die Befürchtung ausgesprochen hatte, es werden fremde Leute in's Haus dringen, um ihr alles wegzunehmen. Damals hatte sie einen ängstlichen Traum, glaubte, ihr früherer Geliebter wolle sie ermorden, fiel in der Verwirrung 10 Meter hoch aus dem Fenster, konnte aber noch einige Schritte gehen, wurde erst eine Stunde später bewusstlos. Sie gerieth dann in einen ängstlichen Erregungszustand, so dass sie gebunden wurde.

Bei der Aufnahme ist Patientin, die schlecht genährt und sehr blass ist, ängstlich, geistig benommen, gibt keine richtige Antwort, drängt fort, verweigert die Nahrung.

Die ersten 3 Monate lebt Patientin fortwährend in einer Art Traumwelt, hat absolut keine Einsicht, zeigt ein kindisches Benehmen, staunt viel vor sich hin. Allmählich wird Patientin geistig frischer, ist aber in ihrer Beurtheilung noch recht kindisch, meint z. B., man wolle sie deshalb nicht entlassen, weil sie kein Geld zur Heimreise habe, entleiht deshalb 10 Cents, das werde wohl genügen. Im 4. Monat ihres Anstaltsaufenthaltes hat sich Patientin ordentlich erholt, doch kostet ihr jede Denkarbeit noch große Mühe. Somatisch besteht vollständiges Wohlbefinden. Menses seit der Krankheit nie eingetreten, auch keine Krämpfe. Gewichtszunahme 10 ℔. Entlassung nach Hause. Weiteres unbekannt.

Fall 53. A. $14^1/_2$jährig. Großvater väterlicherseits Potator und etwas schwachsinnig, Großvater der Mutter zeitweise schwermüthig, 1 Bruder der Mutter ebenfalls, Mutter im Wochenbett Puerperalfieber mit furibunden Delirien. Die Geburt der Patientin war schwer (Forceps). In geistiger

Beziehung war sie ordentlich begabt, lernte fleißig, Charakter nie lebhaft. Menses noch nicht eingetreten; Patientin hatte schon verschiedene Curen wegen scrophulösen Leiden durchgemacht. Januar 1888 Angina mit hohem Fieber und Kopfweh, Ohnmacht auf dem Heimwege, nachher mehrere Tage sehr aufgeregt, nachts schlaflos.

Die nächsten Monate Wechsel zwischen unnatürlich vielem Sprechen, Zittern der Hände, mit Perioden abnormer Ruhe und Stimmungslosigkeit. Im Juni Aufenthalt in den Alpen, Aufleben der Körper- und Geisteskräfte, gleichmäßige Stimmung. Im Juli Hang zu trauriger Verstimmung; sie lerne nichts, am liebsten möchte sie sterben. Sie hält sich abgeschlossen, beschäftigt sich planlos. Nachher bis zum September in einem Luftcurort, dort munter und fröhlich. Bei der Abreise erscheint sie zerstreut, auffallend apathisch, fängt schließlich an, hochdeutsch zu sprechen. Gott habe ihr befohlen, nicht mehr zu reden, wenn sie das Schweigen breche, so schneide man ihr den Kopf ab. Die nächsten Tage ist sie absolut stumm, antwortet auf Fragen mit einem blöden Lächeln. Auch schriftlich will sie sich nicht äußern, hält den Bleistift mehrere Stunden krampfhaft zitternd in den Händen. An den Augenlidern beobachtet man clonische Zuckungen, die die ganze Nacht fortdauern. Später wieder zum Schreiben angehalten, produciert sie folgenden Brief an ihre Mutter nach mehrstündigem Bereithalten des Bleistifts: „Ich bin nicht mehr die rechte, ich weiß es jetzt, dass ich nicht von dir geboren wurde.“ Als sie am nächsten Tag den Brief fortsetzen sollte, fängt sie an bitterlich zu weinen und ist nicht zu weiterem Schreiben zu bewegen. Nachdem sie 2 Tage etwas zugänglicher geworden war, wird sie am 11. September plötzlich aufgeregt, springt wild umher, schreit laut auf, sie müsse jetzt arbeiten, den Hut mit dem rothen Band wirft sie fort, die rothen Farben bedeuten Blut. Sie will nicht auf den Nachtstuhl aus Furcht, man wolle sie umbringen. Dieser verworrene Zustand dauert fort bis zur Aufnahme. Sie hulluciniert mehrfach. Man habe ihr nachgerufen: „Die hält den Werktag auch für den Sonntag.“ Wenn man sie beobachtet,

sagt sie: „Ich merke schon, man will mich auf eine Gant bringen. Ja, wenn man eine misst und wiegt wie mich, so wird man vergantet oder man kommt in die Gefangenschaft.“ Sie erzählt jetzt auch zum erstenmale von ihrem letzten Landaufenthalt. Alle Leute hätten über sie geredet, auf ihrem Teller im Hotel Adler sei gestanden: „Der goldene Adler wird dich heute verschlingen.“ Ein anderesmal schlägt sie mit der Faust gegen den Kopf, ihr Kopf sei so ungeformt, sie müsse ihn zurecht hämmern. Die Nächte sind meist unruhig. Starke Nahrungsaufnahme und Neigung zur Obstipation.

Status (bei der Aufnahme am 19. September 1888).

Die Kranke zeigt einen für ihr Alter sehr entwickelten Habitus. Körper hoch aufgeschossen, Knochenbau stark, Haltung etwas gebückt, Schleimhäute etwas blass. Schädel symmetrisch, Ohren groß, vom Kopfe flügelförmig abstehend, Hände und Füße groß. Die Augen machen continuierlich rollende Bewegungen, ab und zu zeigt sich krampfartiges Zucken des oberen Lides und des M. corrugat. supercilii, besonders rechts, Thorax schmal. Der Schall über der rechten Lungenspitze ist verkürzt, das Exspirium verlängert. Herzaction schwach, Puls 78. Die Patellar- und Hautreflexe sind erhöht. Patientin verhält sich ruhig, Stimmung leicht gehoben. Auch die nächsten 2 Wochen ist Patientin heiter und fröhlich, motorisch ebenfalls leicht unruhig, bleibt nur selten am gleichen Ort. Sie hat keine lange Zeit nach den Eltern, findet hier alles schön, isst mit gutem Appetit. Die Haltung ist gebückt. Man beobachtet häufigen Wechsel der Gesichtsfarbe, bald hochgradige Röthe, bald auffallende Blässe. Die folgende Woche ist Patientin still, gibt keine oder nur ausweichende Antwort, sieht dabei den Fragenden mit weitgeöffneten Augen starr und ängstlich an, hat abends die Vorkommnisse vom Mittag vergessen; ihre Bewegungen sind langsam und automatisch. Dabei ist Patientin sehr blass, zeigt absoluten Stimmungsmangel. Der Schlaf ist unruhiger als bisher. Mitte October wird Patientin wieder munterer und frischer, ist aber doch stiller, auch motorisch weniger unruhig als beim Eintritt. Doch zeigt die Kranke in ihren Bewegungen immer noch hastiges, unruhiges

Wesen, wirft den Kopf von einer Seite zur andern, macht zahlreiche Mitbewegungen mit den oberen Extremitäten. Die Bewegungen erinnern sehr an diejenigen während der ersten Stadien der Krankheit. In den 2 nächsten Monaten zeigt Patientin ordentliches psychisches Verhalten, sie reagiert auf äußere Reize normal, lernt sehr fleißig, aber mühsam. Aussehen noch sehr blass, Haltung gebückt, Nächte gut, Neigung zu Diarrhoe. Auch in den folgenden Monaten hält der gute Zustand an. Das Benehmen ist jetzt weniger hastig, Mitbewegungen werden seltener beobachtet. Patientin bemüht sich jetzt auch einer besseren Körperhaltung; sie isst recht ordentlich, nimmt trotzdem an Gewicht ab, hat ab und zu leichte Diarrhoe. Die Nächte sind gut. Im März wird beobachtet, dass Patientin, wenn sie sich auch unbeachtet glaubt, mehr vor sich hinstarrt; sie müsse an ihre Eltern denken. Auf den Besuch ihrer Eltern ist sie sehr aufgeregt, sie müsse bald ihr Examen machen, sie habe noch viel nachzuholen, zittert an Händen und Füßen, schläft nachts sehr unruhig. Erst nach 2 Tagen tritt Beruhigung ein und hält dann an. Auch jetzt wieder Gewichtsabnahme. Im April wird Patientin entlassen, geht aufs Land. Dort ist der Zustand ein wechselnder. Die eine Woche ist Patientin laut, aufgeregt, in gehobener Stimmung, nachts sehr unruhig, dann wieder apathisch, still mit starrem, leerem Gesichtsausdruck.

Ende Sommer 1889 zeigt sich wieder gleichmäßigeres Verhalten. Am 9. September Eintritt der ersten Menses ohne Störung, dabei munter, darauf ordentlicher Zustand mit ganz vorübergehenden stuporösen Stadien. Der Weinachtsfeier wohnt Patientin gleichgiltig bei, ohne Äußerungen der Eindrücke. Im Jahre 1890 ist die Stimmung meist gleichmäßig fröhlich, nur ganz selten treten stille Perioden mit Weinen oder einfältigem Lachen auf. Die Menses stellen sich regelmäßig ohne Störung ein. Auch im Frühjahr 1891 recht gleichmäßiges Verhalten, Patientin macht Fortschritte in der Schule. Im Sommer Badecur, dabei heitere Stimmung; erst am Ende zeigt sich wieder ein stuporöses Stadium, welches auf Wiedereintritt der 3 Monate ausgebliebenen Menses endet. Die Patientin macht der Mutter einen beschränkten Eindruck.

1892 meist ordentlicher Zustand, hie und da plötzlich lautes Weinen und Jammern. Anfang 1893 kommt Patientin in ein Erziehungsinstitut; das erste Halbjahr ist sie sehr zurückgezogen und scheu, vorübergehend moros, verkehrt wenig mit den anderen, in der zweiten Hälfte ist sie gleichmäßiger, aber still. Die Menses treten meist regelmäßig und ohne besondere Störung ein. Bisweilen bei Ausbleiben derselben ist Patientin sehr lebhaft, worauf dann wieder gegentheilige Reaction; zur Zeit der rechtzeitig eingetretenen Periode besteht ordentlicher Zustand. Im Jahre 1894 kehrt Patientin nach Hause zurück. Psychisches Verhalten seither gleichmäßig ordentlich, körperliches Befinden gut.

b) Primärer Stupor.

Fall 54. P. M. 17½jähr. Weder in der Ascendenz noch in der Seitenverwandtschaft Geistes- und Nervenkrankheiten. Eltern und 4 Geschwister gesund. Patientin bisher stets gesund, Charakter heiter. Seit einiger Zeit Liebesverhältnis, weswegen Patientin vor wenigen Wochen vom Vater gescholten wurde. Seither fieng sie an, vor sich hinzustarren, nicht mehr recht zu essen und zu schlafen. Patientin soll auch Wahnvorstellungen und Selbstmordabsichten geäußert haben. Die Menses, die mit dem 14. Jahr eintraten und seither regelmäßig wiederkehrten, blieben seit 8 Wochen aus.

Status (bei der Aufnahme). Schlechter Ernährungszustand, blasses Aussehen, starrer Gesichtsausdruck, Herzaction schwach, Puls 100, klein. Patientin liegt unbeweglich in ihrem Bett, antwortet nicht, verweigert das Essen.

Die erste Woche besteht völliger Stupor, absolute Reactionslosigkeit; Patientin muss gefüttert werden. Von da an zeigen sich Spuren wiederkehrenden geistigen Lebens. Die Miene ist etwas belebt, hellt sich bisweilen zu vorübergehendem Lächeln auf. Patientin ist körperlich noch sehr schwach, muss beim Gehen gestützt werden, ist nachts noch unrein. Sie staunt noch viel vor sich hin, gibt selten eine richtige Antwort, weiß nicht, wo sie ist, drängt oft fort, da sie nicht krank sei. Sie isst spontan, muss aber sehr dazu angehalten werden.

Die Verdauung ist in Ordnung. Die Genesung macht langsame Fortschritte. Allmählich wird Patientin freier, zugänglicher, zeigt mehr Interesse für ihre Umgebung. Doch verhält sie sich noch immer still, staunt viel vor sich hin, hat keine Krankheitseinsicht. Der Gesichtsausdruck ist leer. Im 3. Monat des Anstaltsaufenthaltes beginnt das Körpergewicht zuzunehmen, der Puls wird kräftiger, die Körperhaltung besser. Die Menses sind noch nicht wiedergekehrt. Auch am Ende des 3. Monats ist die Krankheitseinsicht noch keine völlige, auch staunt Patientin noch viel vor sich hin; körperlich besteht vollständiges Wohlbefinden. Die Gewichtszunahme beträgt 21 ℔. Auf Wunsch der Angehörigen Entlassung nach Hause.

Nach 2 Monaten treten die Menses wieder ein, worauf allmählich völlige Erholung sich einstellt. Weiteres unbekannt.

Fall 55. L. M. $18^1/_2$jähr. Vater gesund, Mutter neigt zu melancholischer Verstimmung, sonst keine Heredität für Geisteskrankheiten. Patientin ist das älteste von 4 Kindern, entwickelte sich normal, lernte ordentlich, war nie schwer krank, aber immer schwächlich. Menses vor $^1/_2$ Jahr eingetreten, seither unregelmäßig schwach. Charakter der Patientin still und scheu. Beginn der Erkrankung vor 5 Wochen mit Eintritt der sehr schwachen Menses, nachdem Patientin schon 8 Tage vorher über allgemeine Müdigkeit und Appetitlosigkeit geklagt hatte. Patientin begann starr vor sich hin zu blicken, wenig mehr zu sprechen, war nachts schlaflos. In den letzten 4 Tagen redete Patientin gar nichts mehr, verweigerte die Nahrung.

Status (bei der Aufnahme). Ordentlicher Entwicklungszustand, Schleimhäute sehr anämisch, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung, starkes Venensausen hörbar, Puls 102, schwach, Gesichtsausdruck ängstlich, Patientin seufzt tief, spricht kein Wort, lässt alles mit sich geschehen, bei passiven Bewegungen in den oberen Extremitäten mittlerer Grad von Tetanie. Patientin muss gefüttert werden. Die ersten 14 Tage besteht der gleiche stuporöse Zustand; in den Morgenstunden macht sich mehr ängstliche Depression geltend, Patientin äußert hie und da, es könne ihr nicht mehr geholfen werden, sie möchte beichten. Dann wird Patientin etwas

zutraulicher, gibt auf alle Fragen mit leiser Stimme Antwort; das Gewicht nimmt zu, die Nächte sind gut. In der 3. Woche ihres Hierseins ist Patientin munter, reagiert auf äußere Reize normal, arbeitet fleißig, sieht besser aus. Nach 8 Tagen tritt wieder ein Rückfall ein; Patientin staunt vor sich hin, seufzt viel, gibt keine Antwort, will nicht essen, ist auch nachts wieder unruhig, hat offenbar Angst, klagt über Kopfdruck. Der Gesichtsausdruck ist aber nichts sagend, deutet nicht auf innere Erregung. Nach weiteren 2 Wochen wird Patientin wieder munter, spricht jetzt mehr, arbeitet fleißig. Keine Klagen mehr über Kopfdruck, Schlaf gut. Keine Erinnerung an die durchgemachte Krankheit. Der Appetit ist vorzüglich. Die Besserung hält jetzt an, Patientin macht täglich Fortschritte, lacht aber noch etwas zu viel. Die Menses sind noch nicht wiedergekehrt. Gewichtszunahme 26 ℔. Entlassung nach 3monatlicher Anstaltsbehandlung. Weiteres nicht bekannt.

Fall 56. L. L. 19jähr. Hereditär nicht belastet, bisher stets gesund, Menses seit dem 16. Jahr, stets unregelmäßig, seit 2 Jahren in Behandlung wegen Phthisis pulmonum.

Ähnlicher Verlauf wie Fall 55. Patientin wird nach 4wöchentlicher Anstaltsbehandlung geistig munter entlassen, weiteres unbekannt.

Fall 57. H. A. $18^1/_2$jähr. Keine Heredität für Geisteskrankheiten nachweisbar. Entwicklung normal, ordentlich begabt. Gemüthsart zurückgezogen. War mit 16 Jahren schon in Behandlung wegen Melancholia simplex (vide Fall 1), seit dem Austritt gesund, regelmäßiger Eintritt der Menses, zuletzt vor 2 Wochen ohne Störung. Patientin soll sich in der letzten Zeit einen Vorwurf sehr zu Herzen genommen haben. Seit 2 Wochen stummes Vorsichhinstarren, Appetit- und Schlaflosigkeit.

Status (bei der Aufnahme). Schlechter Ernährungszustand, blasses Aussehen, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Puls 90, klein. Blick starr, Pupillen sehr weit. Bei der Untersuchung kräftiger Widerstand, mäßige Tetanie der ganzen Musculatur. Die Nahrung wird verweigert.

Die ersten 3 Monate wenig Änderung. Patientin starrt vor sich hin, antwortet nie, bei passiven Bewegungen tetanische Starre der Musculatur. Zuweilen plötzliches Aufspringen, starke Salivation, ab und zu unreinlich im Urin, Stuhl angehalten. Gesichtsausdruck oft deprimiert mit ängstlichem Zuge, ab und zu Lächeln. Nächte ruhig. Im 4. Monat macht sich leichte Besserung bemerkbar. Patientin isst besser, arbeitet etwas, Gesichtsausdruck eher etwas freundlich, doch noch immer scheues, wortkarges Wesen. Die nächsten 3 Monate wenig Fortschritte. Patientin verhält sich anhaltend still und abgesondert, spricht spontan nichts, lacht viel vor sich hin und springt dann plötzlich fort. Patientin ist jetzt gut zu leiten, arbeitet fleißig, sieht gut aus, keine körperlichen Klagen, Verdauung geregelt, regelmäßige Gewichtszunahme. Die bisher ausgebliebenen Menses stellen sich jetzt in unregelmäßigen Zwischenräumen ein, gehen ohne Änderung des psychischen Verhaltens vorüber. 2 Tage vorher zeigen sich Congestionen nach dem Kopf und vermehrtes Vorsichhinlachen. Nach 7monatlicher Anstaltsbehandlung Entlassung. 5 Jahre später Wiederaufnahme in die Anstalt als psychische Schwächeform.

Fall 58. H. H. 20jähr. 1 Stiefschwester des Großvaters mütterlicherseits geistig gestört, Vater Potator, sonst keine Heredität für Geistes- und Nervenkrankheiten in der Ascendenz. Die Geschwister der Patientin sind gesund, sie ist die zweitälteste. Die Geburt war schwer, die Entwicklung normal, die Constitution kräftig, Begabung mittelmäßig, der Charakter gutmüthig und heiter. Mit 14 Jahren leichter Eintritt der Menses, seither unregelmäßige Wiederkehr. Patientin arbeitete zuerst auf dem Lande, kam dann in strengen Dienst in die Stadt. Vor 2 Monaten fieng sie an, in der Arbeit unordentlich zu werden, nachts nicht mehr zu schlafen. Sie wurde dann nach Hause genommen, dort Tod des Vaters, von da an Verschlimmerung. Patientin wollte nicht mehr arbeiten, klagte viel über Müdigkeit und über Frieren, war bald ausgelassen, bald traurig, gegen Mutter und Geschwister widerspenstig.

Status (bei der Aufnahme). Normaler Entwicklungszustand, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung.

Puls 60, weich. Patientin ist benommen, über Zeit und Ort desorientiert, gibt nur zögernde und häufig verkehrte Antwort, blickt die Umgebung erstaunt an und verwechselt die Personen. Am folgenden Tag ist Patientin motorisch recht unruhig, springt hin und her, lacht, spricht durcheinander, ohne Krankheitseinsicht; den Ärzten gegenüber erotischer Zug. Bei Widerspruch ist Patientin sehr empfindlich, führt sich bei solchen Anlässen wie ein Kind auf, lacht und weint durcheinander.

Nach Verlauf von circa 3 Wochen lässt die motorische Unruhe nach, auch die Nächte sind jetzt gut. Doch ist Patientin noch recht benommen und unklar über alles, was um sie vorgeht, lebt offenbar in einer ganz andern Welt. Sie glaubt, dass man hier mit ihr unerlaubtes Spiel treiben wolle. Die Stimmung ist noch sehr wechselnd, bald gereizt, bald abnorm heiter, manchmal starrt Patientin noch lange vor sich hin, gibt nur zögernde Antwort, muss sich auf jede Frage lange besinnen, sondert sich von den anderen Patienten ab; Patientin beginnt allmählich zu arbeiten, hat Appetit, nimmt zu an Gewicht. Anfang des 4. Monats des Anstaltsaufenthaltes tritt plötzlich erhebliches Fieber ein und hält 14 Tage an, die körperliche Untersuchung ergibt Milzvergrößerung und Bronchitis. Während dieser Zeit ist Patientin in einem soporösen Zustand, reagiert nur noch wenig auf äußere Reize, lässt Stuhl und Urin unter sich. Patientin erholt sich körperlich langsam, ist aber jetzt klarer und freier, hat Krankheitseinsicht, reagiert auf Besuch von zu Hause normal. Die Erinnerung an die psychische Krankheit ist nur ganz summarisch. Der ordentliche Zustand hält an, Patientin nimmt wieder zu an Gewicht. Die Menses sind während der Krankheit in 3 bis 5wöchentlichen Terminen ohne besondere Symptome eingetreten. Nach 5monatlichem Anstaltsaufenthalt wird Patientin geheilt entlassen. Weiteres unbekannt.

Fall 59 (das einzige männliche Individuum). S. K. $19^1/_2$jähr. Keine Heredität nachweisbar. Patient entwickelte sich normal, war körperlich stets gesund, lernte gut. Starke Onanie seit Jahren wird zugegeben. Seit 2 Jahren leidet Patient an zeitweisen epileptischen Krampfanfällen. Vor $^1/_2$ Jahr

Beschäftigung mit Berufswechsel, darob große Erregung, Erkrankung an Manie mit Wechsel von aufgeregten und deprimierten Zuständen. Nach 3 Monaten geheilt entlassen, geht Patient aufs Land. Er macht sich neuerdings Sorgen wegen einer Anstellung, verfiel allmählich wieder in ängstliche Stimmung. Seit 8 Wochen melancholischer Zustand, zeitweise mit großer Unruhe, seit einigen Tagen apathisch, appetitlos, Temperaturen subnormal.

Status (bei der Aufnahme). Guter Ernährungszustand, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung, Puls 84, klein. Patient gibt keine Antwort, macht sich beim Untersuchen steif, Gesichtsausdruck apathisch.

Die ersten 2 Monate zeigt sich wenig Änderung. Patient liegt apathisch und schweigsam in seinem Bett, reagiert wenig auf äußere Reize, verweigert zeitweise die Nahrung, muss dann gefüttert werden. Bisweilen ruft jede Berührung tetanische Starre der gesammten Musculatur hervor. Man beobachtet häufig clonische Zuckungen in den Muskeln der oberen und unteren Extremitäten, im Nacken und in den Schultern, oft auch Krümmungen der Wirbelsäule. Der Schlaf ist wechselnd, meist unruhig. Den Urin lässt Patient gewöhnlich unter sich, der Stuhl ist angehalten. In der Nacken- und Halsgegend Furunculosis. Im 3. Monat des Anstaltsaufenthaltes beobachtet man Besserung des Appetits und Zunahme der Kräfte. Patient antwortet jetzt mit leiser Stimme ja und nein, geht zum erstenmale spontan auf den Abtritt, ist jetzt zeitweise motorisch etwas unruhig, geht dann hin und her; anderemale bemerkt man Convulsionen, sowie er eine Bewegung ausführen will. Allmählich beginnt Patient mehr zu sprechen, auch etwas zu arbeiten; das Gewicht nimmt bedeutend zu, die Muskelzuckungen werden seltener. Mit Anfang des 4. Monats wird Patient psychisch freier und munterer. Es beginnt jetzt langsam geistige Erholung und Zunahme der geistigen Regsamkeit. Auch jetzt noch an verschiedenen Stellen des Körpers ausgedehnte Furunculosis und eitriger Ohrenfluss. Einmal fängt Patient plötzlich an, morgens ganz sinnlos an der Gasleitung zu demolieren, weiß mittags nichts davon. Noch

im 5. Monat bemerkt man trotz regelmäßiger psychischer Fortschritte noch erhebliche geistige Schwäche, tiefe Gedächtnislücken. Im 6. Monat kehrt auch das Gedächtnis wieder, und zeigt Patient jetzt ganz normales psychisches Verhalten. Die Stimmung ist fast anhaltend eine heitere. Zeitweise beobachtet man noch starke, choreaartige Muskelzuckungen in den unteren Extremitäten. Das körperliche Befinden ist jetzt ungestört. Hie und da wiederholen sich noch leichte stuporöse Zustände. Ende des 8. Monats des Anstaltsaufenthaltes wird Patient bei völlig normalem Verhalten geheilt entlassen. Das Körpergewicht hat um 30 ℔ zugenommen. Nach $1^1/_2$ Jahren Neuerkrankung, Übergang in periodische Manie mit Schwächesymptomen.

Vorkommen.

Emminghaus ([17]) betont, dass die Dementia acuta vorzugsweise Krankheit des Jugendalters ist. Schuefer Inaug. Diss. Jena) sagt von dem von Binswanger aufgestellten Erschöpfungsstupor, dass beide Geschlechter gleicherweise meist im Alter von 16—30 Jahren hievon befallen werden.

Unsere Fälle vertheilen sich auf 8 weibliche und 1 männliches Individuum.

Ätiologie.

Die Pubertätsentwicklung spielt auch bei dieser Form ein wichtiges prädisponierendes Moment. Die meisten Fälle zeigen schon vom Beginn dieses Processes Abnormitäten.

Bei Fall 51 beobachten wir mit dem Auftreten der ersten Pubertätszeichen Angstzustände, bei Fall 57 entwickelte sich zur gleichen Zeit eine Melancholie. Störungen der Menstruation zeigen alle weiblichen Fälle, Charaktereigenthümlichkeiten (ängstliches, scheues Wesen) finden wir bei 3. Rasches Wachsthum in der Pubertät bei geistiger und körperlicher Anstrengung, worauf von Krafft-Ebing ([19]) aufmerksam macht, spielt auch bei unseren Fällen eine Rolle. Onanie finden wir bei Fall 59 als vorwiegendes Moment.

Hereditäre Disposition ist nur bei 1 Fall vorhanden. Von Gelegenheitsursachen finden wir einmal ein missglücktes Liebesverhältnis, ein andermal gemüthlichen Affect durch Vorwurf.

Verlauf.

Wir beobachten zuerst ein Vorläuferstadium, meist von kurzer Dauer, das sich aber über mehrere Monate erstrecken kann (Fall 52). Demselben sind bei 2 Fällen bereits 2 typische Psychosen vorausgegangen. Der Ausbruch der eigentlichen Krankheit ist ein acuter und zwar beobachten wir 2 Formen:

1. Secundärer Stupor mit vorausgehenden Reizsymptomen,
2. primärer Stupor.

Der Verlauf ist ein remittierend-exacerbierender. Fall 58 zeigt in der 4. Woche einen Rückfall, der auf febrile Erkrankung mit ziemlich rasch eintretender Klarheit endet, wobei jedenfalls die vermehrte Blutzufuhr durch das Fieber eine Rolle spielt. Die Krankheit endigt unter Bildung eines längeren Stadiums decrementi. Wir beobachten allmähliche Aufhellung des Sensoriums, Abnahme der Regungslosigkeit, Schwinden der Unruhe. Für die Zeit der Krankheit besteht absolute Amnesie. Plötzlichen Übergang aus dem Stupor in Heilung fanden wir bei unsern Fällen nie.

Die Dauer

unserer Fälle beträgt 1 Monat bis 1 Jahr, durchschnittlich 6 Monate.

Der Ausgang

ist bei unseren sämmtlichen Fällen Heilung, von denen 4 deutliche Schwächesymptome aufweisen. 3 von diesen recidivierten und giengen in unheilbare Formen über.

Allgemeine Symptomatologie.

Das Vorherrschen unreiner Formen von acuter Demenz im Pubertätsalter mit episodischen Erregungszuständen, motorischer Unruhe, Stimmungsanomalien haben wir bereits

betont. Daneben treffen wir auch im einzelnen Unterschiede von der Krankheitsform der Erwachsenen, die ebenfalls auf Rechnung des noch unvollständig entwickelten Vorstellungsinhaltes zu setzen sind. Solche hebephrenischen Züge sind das Pathetische im Benehmen, die Hochgeschraubtheit der Ausdrücke, das Bizarre in Bewegung und Haltung; z. B. bei Fall 51 wird die Sprechweise anderer nachgeahmt, in unvollständigen Sätzen gesprochen; bei Fall 54 will Patientin nicht reden, da ihr Gott befohlen, zu schweigen, zu ihrer Mutter sagt sie, „ich weiß jetzt, dass ich nicht von dir geboren wurde," der goldene Adler, der auf dem Teller gemalt ist, wird sie verschlingen etc. Die Selbstanklagen, Verfolgungsideen, die Todesgedanken, die religiösen Vorstellungen, zeichnen sich durch Oberflächlichkeit aus. Die Bewegungen zeigen vielfach impulsiven Charakter. Exacerbation der Krankheit während des Menstrualflusses beobachten wir 1mal, ebenso 1mal wesentliche Verschlimmerung durch Ausbleiben der vorher regelmäßigen Menses. In 4 Fällen bleiben die Menses während des Krankheitsverlaufes ganz aus, kehrten in 2 Fällen mit Eintritt der Reconvalescenz wieder.

Acuter hallucinatorischer Wahnsinn.

Der acute hallucinatorische Wahnsinn ist eine functionelle Geisteskrankheit, die nach kurzem Vorläuferstadium, acut beginnend, unter den Erscheinungen hochgradiger Erregung oder depressiver Angst, auf der Grundlage massenhafter Sinnestäuschungen und davon abhängiger Verfolgungsideen meist nach kurzer Dauer in Genesung übergeht. Das Prodromalstadium kennzeichnet sich durch Charakteränderungen, durch unvermittelten Stimmungswechsel und große Reizbarkeit Dann treten Sinnestäuschungen, meist schreckhaften Inhalts, auf und beherrschen von da an das ganze Krankheitsbild. Mit dem Aufhören der Sinnestäuschungen tritt völlige Ruhe ein.

Fall 60. H. A. 19jähr. Eltern gesund. Patient bisher stets gesund, ordentlich begabt, von etwas verschrobenem Charakter. Vor circa 1 Monat fand Patienteinen Geldbeutel,

behielt denselben, wurde dann wegen Diebstahls zu 3 Wochen verurtheilt. Seither verändert, hallucinierte mit Gesicht und Gehör, glaubte sich verfolgt, war voller Angst, betete beständig, ließ sich Weihwasser bringen, hatte nirgends Ruhe, klagte über Beklemmung auf der Brust.

Status (bei der Aufnahme). Graciler Körperbau, apathischer Gesichtsausdruck, innere Organe gesund. Patient antwortet langsam, doch richtig, macht Angaben über Verfolgungen, hält die Hände in betender Stellung. In der ersten Nacht ist Patient sehr unruhig, voller Angst, geht ruhelos im Zimmer hin und her, weint und betet. Auch die folgende Nacht ist Patient wieder sehr ängstlich und unruhig, von da an wird er zusehends ruhiger und klarer, geht gerne zur Arbeit, ist gewöhnlich still für sich. Nach 2wöchentlicher Anstaltsbehandlung Entlassung. Weiteres unbekannt.

Fall 61. W. F. 20jähr. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, Mutter gesund, angeblich keine Geisteskrankheiten in der Familie. Patient mittelmäßig begabt, bisher gesund. Patient erzählt nachher, dass er seit längerer Zeit als Handwerksbursche umherreiste. In den letzten Tagen sei er von Angst herumgetrieben worden, habe sich nicht mehr zurechtfinden können. Patient wurde von Leuten, denen er wegen seines Benehmens auffiel, auf der Straße angehalten. Er erzählte ihnen, er werde von Gendarmen, von Schwarzen und Rothen, verfolgt.

Status (bei der Aufnahme). Kräftiger Körperbau, ängstlicher Gesichtsausdruck. Patient hört spottende Stimmen und sieht alles roth und schwarz, macht sich Vorwürfe, er sei schlecht, er müsse deshalb sterben. Die Perception ist gestört; Patient ist nicht im Stande, seine Umgebung zu beurtheilen, verwechselt die Personen, weiß weder Namen noch Heimat zu nennen.

Auch die nächsten Tage ist Patient sehr ängstlich und ruhelos, hat massenhaft schreckhafte Hallucinationen, sieht schwarze Bären herankriechen, ferners böse Geister, die ihm schlechte Worte in den Mund legen, hört viel schießen. Er hat das Gefühl, er sei angebunden, wie wenn an ihm gezogen

würde. Anderemale sieht er das Haus wanken und massenhaft Leute auf ihn losstürzen. Nach 8 Tagen wird Patient psychisch freier, ist froher Laune, nicht mehr ängstlich, hat keine Hallucinationen mehr. Patient wünscht zu arbeiten, ist fleißig. Nach 14 Tagen ist Patient völlig hergestellt, wird entlassen. Ein halbes Jahr später Neuerkrankung auswärts.

Fall 62. D. G. 20jähr. Vater Potator, Mutter phthisisch, beide früh gestorben, Patient nie krank, war nie zu geregelter Beschäftigung zu bringen, trank viel Schnaps und Absinth. Vor $^1/_2$ Jahr desertierte Patient nach 9monatlichem Militärdienst wegen geringfügiger Ursache, trieb sich seither beschäftigungslos umher. Seit 8 Tagen ist Patient von lebhaften Hallucinationen geplagt, voller Angst und Unruhe. Ein Thier wühlt in seinem Leib, brennt ihn im Magen, sticht ihn in den Rücken. Er hört alle möglichen Stimmen, Vögel pfeifen, Dämonen, die ihn verspotten, er hätte seinen Leib verkauft. Er hört und sieht seine Eltern, ein Stück Brot verwandelt sich in eine ungeheuerliche Gestalt. Geschmack, Geruch, Gefühl scheinen weniger gestört gewesen zu sein. Daneben heftiges Zittern, kein Schwindel, kein Kopfweh, keine Selbstmordsanklagen und Versuche. Appetit gut; Patient weiß alles, was vorgegangen ist. So sehr er überzeugt ist, dass alles krankhaft ist, so war es doch stets stärker als er. Die Stimmen zwangen ihn z. B. den Mund $^3/_4$ Stunden lang krumm zu verziehen, er musste mit der Hand am Ohr auf sie lauschen etc.

Status (bei der Aufnahme). Mäßiger Ernährungszustand, Gesicht gedunsen, Puls erregt, Zunge belegt, heftig zitternd. Gesichtsausdruck ängstlich, Intelligenz und Gedächtnis gut, Perception ebenfalls. Patient erzählt gut von seiner Krankheit, von allen seinen Visionen und Hallucinationen, weiß, dass sie krankhaft sind, kann sich derselben aber nicht erwehren. Sprache deutlich, rasch, erregt. Die Vögel sprechen stets zu ihm, er sei des Teufels, das Thier im Leib plagt ihn und macht ihm heiß, während es ihn sonst fröstelt. Aus einem Riss in der Wand kann er Gesichter erkennen. Patient unterhält alle über seine Leiden; jetzt räuspert sich das Thier

wieder, jetzt steigt es auf etc. Patient zeigt mäßige Unruhe, spaziert auf und ab, hat Appetit. In der Nacht schläft Patient nur wenig, ist nicht laut, aber ängstlich und unruhig. Er muss das Hemd mehrmals ausziehen, seine Lage wechseln etc. Der Teufel, der Blitz und Donner, das Thier beschäftigen ihn. Keine Geruchshallucinationen. Die folgenden Nächte sind ruhiger.

Nach 8 Tagen ist Patient psychisch freier. Er hört immer noch Stimmen, hat immer noch das abnorme Gefühl im Leib, doch sucht Patient sie nicht zu beachten. Patient ist immer noch unruhig, muss beständig Bewegung und Abwechslung haben, wird jetzt auch empfindlich und vorlaut. Der Tremor ist geringer, das Aussehen besser, Appetit und Stuhl in Ordnung. Allmählich wird auch die Stimmung besser. Patient hört jetzt die Vögel ganz normal pfeifen, das Gefühl im Leibe ist ganz weg. Er verlangt nie nach Beschäftigung, will stets nur Vergnügen. Erweist sich immer mehr als verdorbener, unverschämter Mensch. Nach 4wöchentlicher Anstaltsbehandlung wird Patient als zur Zeit geheilt entlassen. Weiteres unbekannt.

Vorkommen.

Die Krankheit ist eine ziemlich häufige und zwar überwiegt das weibliche Geschlecht. Unsere Fälle vertheilen sich auf 3 männliche Individuen.

Ätiologie.

Als Ursachen werden hauptsächlich acute Infectionskrankheiten, sodann gesteigerter Alkoholgenuss und Gemüthsbewegungen angegeben. Die typische Form des acuten hallucinatorischen Wahnsinns tritt nach den Autoren im Pubertätsalter besonders häufig ohne ganz specielle Gelegenheitsveranlassung auf.

Bei unsern 3 Kranken ist weder psychopathische Constitution, noch Heredität nachweisbar, was mit der allgemeinen Erfahrung übereinstimmt. Einer ist Gewohnheitstrinker, wie schon sein Vater, bei einem andern bricht die Krankheit aus im Anschluss an Einzelhaft.

Verlauf.

Die Entwicklung dieser Krankheit ist meist eine recht stürmische, um dann entweder ganz plötzlich oder langsam nachzulassen.

Die Dauer

ist eine kurze; sie beträgt bei unsern 3 Fällen durchschnittlich 3 Wochen.

Die Prognose

ist meist eine günstige. Der Ausgang ist gewöhnlich vollständige Heilung.

Unsere 3 Fälle wurden alle geheilt entlassen; bei dem einen trat bald nachher ein Recidiv auf, ohne dass es sich bei diesem Kranken um frühere, lange dauernde Alkoholexcesse oder allgemeine Körperschwäche, die sonst die Prognose ungünstig beeinflussen, gehandelt hätte.

Allgemeine Symptomatologie.

Die Hauptsymptome des acuten hallucinatorischen Wahnsinns sind die Sinnestäuschungen. Dieselben sind primär und beeinflussen das ganze Verhalten des Kranken. Die Hallucinationen können von allen Sinnen ausgehen, doch überwiegen die des Gehörs. Daneben findet man Illusionen, Visionen und Phantasmen.

Ein Kranker hört die Stimmen von Vögeln und Dämonen, sieht schreckhafte Gestalten, fühlt Thiere in seinem Leibe wühlen. Ein anderer sieht schwarze Bären, böse Geister, die ihm schlechte Worte in den Mund legen, hört schießen, hat das Gefühl er sei angebunden; er sieht das Haus wanken und massenhaft Leute auf ihn losstürzen. Die Folge dieser lebhaften Sinnestäuschungen sind Wahnvorstellungen, die im Gegensatz zu denen bei der Paranoia nicht constant sind und sich durch große Mannigfaltigkeit auszeichnen. Gewöhnlich ist eine gewisse Lucidität vorhanden; Patient im Fall 62 z. B. erzählt in geordneter Rede von allen Hallucinationen und Visionen, die ihn quälen, er beschreibt, wie ihn die Stimmen

zwingen, den Mund zu verziehen, er fühlt das Krankhafte dieser Wahrnehmungen, kämpft aber vergebens dagegen an. Oft aber ist die Perception eine gestörte, und werden Personen und Sachen nicht richtig aufgefasst. Wichtig ist sodann das Fehlen wesentlicher intellectueller Störungen. Das Stimmungsleben ist ein wechselndes, doch überwiegt die Angst. Das „Resignierte“ in der Stimmung wird von den Autoren als charakteristisch angegeben. Von körperlichen Symptomen finden wir Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung, Wallungen gegen den Kopf.

Verwirrtheit

(confer Wille: Die Lehre von der Verwirrtheit).

Die Verwirrtheit ist eine oft acut, noch häufiger subacut, aber auch nicht selten chronisch verlaufende, functionelle Hirnkrankheit, die nach Ablauf eines acuten Erregungsstadiums in ein chronisches übergeht, das in wechselnden Zuständen des Stupors und der Exaltation weiterverläuft und durch geistige Benommenheit, verworrenes Reden und Thun sich charakterisiert. Der Charakter dieser Erregungszustände ist sehr mannigfaltig und wechselnd, bald heiter, bald traurig, bald ängstlich, bald zornig. Das Wesentliche ist der meist rasche Übergang der Exaltation in den Stupor.

Das Wahrnehmungsvermögen der Kranken ist geschwächt, ihr Gesichtsausdruck benommen und verwirrt. Die Kranken gewinnen kein Verständnis weder der äußern noch der innern Vorgänge. Die Eindrücke haften nicht, deshalb die vollständige Desorientiertheit und Verworrenheit. Die Kranken reden viel, aber sinnlos oder der richtigen Worte entbehrend (paraphasische Elemente). Der Vorstellungsmechanismus kann beschleunigt sein (Ideenflucht), wird aber oft plötzlich ein gehemmter; in beiden Fällen ist er ein tief gestörter. Sie äußern auch mannigfache Wahnideen, deren Inhalt meist ein wechselnder ist, die aber in Fall 71 und 72 constanteren Charakter haben (paranoische Elemente).

Das Stimmungsleben ist unbestimmt. Neben apathischem

Verhalten treffen wir vielfach manische Elemente. Daneben gibt es andere mit gewisser Gemüthsdepression von allgemeinem Charakter, ohne bestimmten Grund, wieder andere mit gewisser Beängstigung. Intercurrent können sich auch Affectstürme geltend machen, aber nicht spontaner, sondern reactiver Natur auf ihre Hallucinationen hin.

Das äußere Benehmen der Kranken ist sonderbar, neigt oft zum Theatralischen. Ihre Handlungen sind unverständlich, vielfach sind an ihrer Stelle zwangsartige coordinierte Bewegungen. Die Kranken gehen z. B. gravitätisch im Kreise herum, schlagen rhythmisch auf einen bestimmten Gegenstand, gesticulieren auffallend. Die meisten Kranken haben Hallucinationen, Illusionen und Visionen, wodurch ihr Gefühls- und Bewegungsleben beeinflusst wird.

In unsern Fällen sind 7mal Hallucinationen des Gesichts, 5mal des Gehörs, 3mal des Gemeingefühls zu beobachten. Doch sind Hallucinationen keineswegs stets nachweisbar und machen sie das Wesen des Krankheitsprocesses nicht aus.

Auch in körperlicher Beziehung machen sich vor allem Schwächesymptome geltend. Motorische Unsicherheit, taumelnder Gang, Herz- und Pulsschwäche sind häufige Befunde. Die Zunge ist belegt, die Verdauung gestört, die Ernährung liegt darnieder. Im ersten Stadium findet man gewöhnlich rothen Kopf, Kopfschmerz, Schwindel, später in ruhigeren Zeiten ist der Kopf blass, die Temperatur subnormal.

Im Stuporstadium besteht tetanische abwechselnd mit kataleptischer Starre. Ein nicht seltenes Symptom dieser Krankheit sind motorische Reiz- und Schwächesymptome, Krämpfe, Zuckungen, automatische Bewegungen. Der Schlaf ist in allen Fällen zeitweise gestört. Die Menses treten während der Krankheit unregelmäßig auf oder setzen ganz aus.

Nach dem vorwiegenden Charakter der einzelnen Fälle unterscheiden wir:

1. Verwirrtheit mit raschem Übergang in Stupor (1 Fall).
2. Verwirrtheit mit vorwiegenden manischen Elementen (4 Fälle).

3. Verwirrtheit mit depressivem Charakter und intercurrierenden Angstzuständen (1 Fall).
4. Zusammengesetzte Form der Verwirrtheit (aus den verschiedenen andern Formen sich zusamensetzend) (4 Fälle).

a) Verwirrtheit mit raschem Übergang in Stupor.

Fall 63. S. J. 16jähr. In der Familie der Mutter in der Ascendenz und Descendenz mehrere Psychosen, Eltern gesund. Geburt schwer wegen abnorm großen Schädels. Als Kind sehr schwächlich, lernte aber rechtzeitig gehen und sprechen, kam in der Schule nur mühsam vorwärts, litt viel an Kopfweh. Mit $14^1/_2$ Jahren machte Patient schwere Influenza durch, hatte schon damals merkwürdige Anfälle. Während derselben lag er oft stundenlang regungslos am gleichen Orte und erzählte dann nachher, dass er während des Anfalls das Gefühl gehabt, als würde ihm Bauch, Brust und Hals zusammengeschnürt. Diese Anfälle blieben dann ganz aus, doch litt Patient seither oft an depressiver Verstimmung, schreckhaften Visionen und Schlaflosigkeit. Im letzten Vierteljahr war Patient munterer und frischer als je. Anfangs Januar erkrankte Patient an febriler Stomatitis aphthosa. Gleichzeitig deliröse Aufregung mit raschem Übergang in Stupor. Während der ganzen Zeit lag Patient regungslos da, die Nahrung musste ihm künstlich eingeführt werden, den Urin ließ Patient unter sich, der Stuhl war hartnäckig angehalten. Das regungslose Schweigen des Patienten wurde zeitweilig unterbrochen durch lebhafte Delirien schreckhaften, auch persecutorischen Inhalts; er habe keine Nase, keine Muskeln, keine Hände, man habe ihm das Gehirn herausgenommen, er wolle keine Milch mehr, man habe sie vergiftet, um ihn zu tödten. „Da steht einer mit der Axt, der will mich tödten, Mutter, Mutter, hilf mir.“ Dazwischen Delirien heiteren Inhalts; er sang und pfiff dann. Die Hallucinationen spielten sich in allen Sinnesgebieten unter Vorwalten der des Gesichts, ab.

Bisweilen führten die Delirien auch zu aggressiven Bewegungen, dann sprang Patient aus dem Bett, griff seine Angehörigen an. Mitte Mai stellte der Arzt folgenden Status auf:

Patient liegt absolut unbesinnlich und regungslos auf dem Rücken, das Gesicht total ausdruckslos, auf lautes Anrufen keine Reaction, die Augen starren in's Leere, die Pupillen sind ad maximum dilatiert, reagieren gut, Gesicht gedunsen, Mund geöffnet, reichlicher Speichelfluss, hochgradige Stomatitis aphthosa, Kopf und Extremitäten passiv gut beweglich, Patellarreflexe deutlich. Mit Rückgang der Stomatitis wurden die Delirien seltener, kürzer und weniger heftig. Mit der Besserung des Ernährungszustandes gegen Ende Juni rapide Lösung des Stupors, aber nur um von Tag zu Tag mehr einem ebenso unbesinnlichen Erregungszustand Platz zu machen. Patient schwatzte, sang, schrie unaufhörlich; die Delirien waren vorwiegend heiteren Inhalts, absolut sinnlos und incohärent, anscheinend hauptsächlich hervorgerufen durch zahlreiche Gesichtshallucinationen. Auf dem Gesicht stand meist ein einfältiges Lächeln, zuweilen wurden beide Bulbi krampfartig in extremer Convergenzstellung bewegt, so dass beide Pupillen die innern Lidwinkel berührten, auch wurden beide Augenachsen dabei nach vorne gesenkt, dann wieder trat ein tonisch-clonischer Krampf der beiden Musc. orbicul. palpebr. auf. Seit Beginn der Erregung war der Stuhl spontan und von annähernd normaler Beschaffenheit.

Status bei der Aufnahme (5. Juli). Geringer Entwicklungszustand, erhebliche Abmagerung. Stirne sehr glatt, Occiput auffallend gewölbt. Tiefe Benommenheit, heitere Stimmung, blödes Lachen. Innere Organe gesund, Puls voll, regelmäßig, 100.

Während des Anstaltsaufenthaltes macht sich in intellectueller Beziehung ein mäßig schwachsinniger Zustand geltend, ein Mangel an Verständnis einfacher Verhältnisse, selbst ein unbesonnenes, gedankenloses Raisonnement über Personen und Dinge, unklare bis mangelnde Einsicht, der gegenüber ein gesteigertes Selbstgefühl, ein gewisser brutaler Ton her-

vortreten. Im Wesen und Verhalten des Patienten herrscht ein unruhiges, manchmal impulsives Element vor, das ihn nicht nur zu kindisch muthwilligen, sondern auch zu boshaften Handlungen führt, die sich ganz plötzlich geltend machen, über deren Motivierung er sich ganz unklar ist. Es ist etwas Triebartiges, Zwangsmäßiges in diesen Handlungen, wie im intellectuellen Gebiet, plötzlich können die sonderbarsten Einfälle und Pläne sich einstellen und ganz uncontroliert zur Äußerung gelangen. Auch in körperlicher Beziehung macht sich dieses Element zeitweise als Agilität, als gesteigerte Motilität, als Muskelunruhe geltend, die nicht selten einen clonisch-krampfartigen Eindruck macht.

Gegen Ende des Aufenthaltes (Ende September) waren diese Symptome weniger stark hervortretend, aber stets noch nachweisbar. In den letzten Wochen zeigten sich öfters Kopfcongestionen und während derselben ein gereiztes, gedrücktes Wesen mit erschwerter geistiger Reaction, manchmal mit Kopfweh (Betäubungszustände). Patient erholte sich zu Hause noch mehr, die Berichte lauten seither (5 Jahre) günstig.

b) Verwirrtheit mit vorwiegend manischen Elementen.

Fall 64. D. E. 15jähr. Eltern Schnapser, 1 Bruder des Vaters litt an Epilepsie, Mutter und eine ihrer Schwestern leiden an Migräne. Patientin ist das 4. Kind, Geburt war leicht, als Kind viel kränklich, zu Katarrhen neigend, nicht rachitisch. Im Charakter nichts Auffälliges, munter, in der Schule mittelmäßig gelernt. Vor 1 Jahr zum erstenmal menstruiert, seither Menses regelmäßig und stark. Seit $^3/_4$ Jahren chlorotische Beschwerden (Appetitlosigkeit, Müdigkeit). Seit 14 Tagen redet Patientin lauter als gewöhnlich, macht ihre Arbeit nicht mehr recht, darauf aufmerksam gemacht, meint sie, sie sei es nicht gewesen, sondern der Teufel. Klagen über Kopfweh, daneben Schlaflosigkeit. Sie betet mehr als sonst. Anfangs gejammert, seither mehr ausgelassen, singt und springt umher, verwechselt die Personen, spricht verworren. Die letzten Tage Klagen über Schmerzen in den Gelenken, Kopfweh, Fieber (Influenza).

Status bei der Aufnahme: Schlechter Ernährungszustand, anämisches Aussehen, viel Husten und Auswurf, auf den Lungen zahlreiche Rasselgeräusche. Im Urin Albumen und reichlich Indikar. Temperatur afebril. Fröhliche Stimmung, lebhaftes Mienenspiel, große motorische Unruhe, Personenverwechslung.

Die ersten Tage viel Husten und Auswurf mit febrilen Temperaturen, worauf Patientin ruhiger und klarer wird. Dann Eintritt der Menses, damit wieder unruhig, redet durcheinander, weiß aber Name und Herkunft richtig anzugeben, spricht sehr laut, neigt zum Reimen, ist sehr euphorisch, hat zahlreiche Parästhesien. (Gefühl von Läusen gebissen zu werden.) Auch die nächsten 8 Tage ist Patientin in sehr gehobener Stimmung, spricht noch laut und viel, meist affectiert hochdeutsch, imitiert ihre Umgebung, ist aber weniger verworren. Sie hat Illusionen und Hallucinationen, sie sieht blaue Mäuse, hört „winseln und bimseln", man bläst ihr in das linke Ohr, spricht viel von einem feurigen Ross. Patientin wird zusehends klarer, aufmerksamer auf ihre Umgebung, studiert jetzt viel über ihre Armut nach, ist noch leicht empfindlich und schreckhaft, Erinnerung an den Beginn ihrer Krankheit sehr summarisch, körperlich jetzt wohl, Temp. afebril. Nachdem Patientin einige Tage viel unzufrieden gewesen war, über zahlreiche Schmerzen geklagt hatte, nächtliche Visionen von Leichen hatte, tritt wieder Besserung ein und kann Patientin nach 2monatlicher Anstaltsbehandlung als geheilt entlassen werden. Gewichtszunahme 4 ℔. Seither (2 Jahre) gutes Befinden.

Fall 65. A. E. 20jähr. Vater der Mutter, ebenso Schwester und Tante der Mutter geisteskrank, Eltern Schnapser. Patientin ist die älteste der Geschwister, Geburt und Entwicklung verliefen gut, gute Schülerin. Menses mit 17 J. eingetreten, seither ziemlich regelmäßig, stark, zuletzt vor 10 Tagen. Gemüthsart ernst, leicht erregbar. Vorgestern bei der Lectüre eines Buches viel geweint, sich eingeschlossen, gestern gieng sie in die Kirche, kam weinend zurück, sprach wirres Zeug, gieng dann zur Arbeit, kam aber mittags nicht

zum Essen. Der Vater fand sie in der Kirche, wo sie um sich schlug, jauchzte, dann richtete sie sich auf, betete, schaute gegen den Himmel und sprach: „Jesus, dir lebe ich, Jesus, dir sterbe ich, die Leute meinten, ich habe mich erschossen.“

Status bei der Aufnahme: Kopf geröthet und warm, ordentlicher Ernährungszustand, innere Organe ohne nachweisbare Veränderung. Patientin ist hochgradig aufgeregt, schreit aus Leibeskräften, betet viel, sieht zum Himmel, sagt, man reiße sie an den Beinen, der Teufel sitze auf ihr. Auch die nächste Zeit hält die Aufregung mit gehobener Stimmung und Verworrenheit an. Patientin singt, grimassiert, ist sehr ausgelassen, hat beständigen Rededrang mit Größenideen, spricht sehr laut, reimt viel, ist motorisch sehr unruhig, klatscht in die Hände, schlägt rhythmisch an die Decke, macht onanistische Bewegungen mit dem Becken. Patientin hört Stimmen, sieht Blätter an der Wand. Sie ist sehr erotisch, schmiegt sich an die Ärzte, spricht viel von Liebe und Heiraten, entblößt sich, löst ihre Haare auf. Schlaf und Appetit sind gestört. Vorübergehend ist Patientin ruhig und klar, fragt dann, wo sie ist, warum sie hier sei, sie sei wohl recht krank gewesen, ob sie wieder nach Hause komme; sie weiß im luciden Zustande nichts von dem, was mit ihr im Erregungsstadium vorgegangen ist. Diese ruhigen Zeiten treten besonders abends ein.

Ende des 5. Monats des Anstaltsaufenthaltes macht die manische Exaltation einem stuporartigen Verhalten Platz. Patientin ist mehr in sich gekehrt, kümmert sich kaum um ihre Umgebung, ist sehr unklar, kaum zu fixieren, zu keiner geordneten Thätigkeit zu bringen. Zeitweise ohne besondere Veranlassung plötzliche Wuthanfälle mit Gewaltthätigkeit. Der Stupor nimmt zu, Patientin zeigt wenig spontane Regungen und Äußerungen. Vorübergehend (1 Woche) ist Patientin unruhiger, kniet viel auf dem Boden und betet, ist am Abend sehr beängstigt, bekreuzt sich immerfort, scheint sich von einer großen Gefahr bedroht zu wähnen. Sie sieht Schlangen im Bett, glaubt zu verbrennen, sie äußert massen-

haft negativistische Ideen, behauptet, sie habe keine Zunge, „das ist kein Tag“, „keine Sonne“, „das sind nicht meine Kleider“. Sie macht sich viele Selbstvorwürfe, sie sei schlecht, verdiene das Bett nicht, müsse verbrennen. Sie verweigert die Nahrung. Aussehen blass, oft plötzliche Schweißausbrüche, starke Verstopfung. Dann kehrt die nächsten 3 Monate bis zum Austritt das traumartige Dahinleben zurück; Patientin verliert mehr und mehr das Verständnis der Dinge. Sie gibt keine Antwort, starrt mit weitgeöffneten Augen ohne Lidschlag auf denselben Punkt, ihr Gesichtsausdruck ist schlaff. Sie ist ganz benommen, arbeitet gar nichts. Der Appetit ist gesteigert. Hin und wieder beobachtet man einen clonischen Krampf beider orbic. palpebr., vorübergehend auch motorische Unruhe mit Zerstörungssucht. Das Gewicht hat seit der Aufnahme um 3 ℔ zugenommen. Die Menses hatten sich im ganzen 4mal in unregelmäßigen Zwischenräumen eingestellt. Im unveränderten blöden Zustande tritt Patientin nach 15monatlichem Anstaltsaufenthalt aus, kommt auf's Land, wo sie sich im Laufe des nächsten Vierteljahrs völlig erholt. Der Bericht lautet, Patientin sei ein ganz neuer, gefestigterer Mensch geworden.

Fall 66. S. C. 18jähr. Mutter leidet an unheilbarer Psychose. Patientin körperlich nie schwer krank, mäßig begabt, still, fleißig. Menses seit dem 16. Jahr unregelmäßig, im letzten $^1/_2$ Jahr ausgeblieben. Schon vor 2 Jahren fiel Patientin auf wegen ihres eigenthümlichen Benehmens, machte sich oft unnütze Vorwürfe. Sie bildete sich oft ein, dass alle Leute von ihr redeten, ihre Stimmung wechselte sprungweise. In ihrem Urtheil war Patientin sehr geschwächt. In letzter Zeit war Patientin sehr reizbar, ab und zu gewaltthätig, vorübergehend verwirrt, verwechselte die Personen, hallucinierte mit Gesicht und Gehör.

Status bei der Aufnahme: Sehr jugendliches Aussehen, ordentlicher Ernährungszustand, Gesichtsausdruck durch die häufigen, fast convulsivischen Bewegungen im Facialisgebiet öfters wechselnd, Blick wenig lebhaft, unintelligent, Tubera frontalia stark prominent, innere Organe gesund, Reflexe

normal. Patientin ist erregt, schlägt gegen die Umgebung, motorisch stets unruhig, sehr hastig in allen ihren Bewegungen, unklar in ihren Angaben, spricht viel verworrenes Zeug. Über die Ursachen ihrer Unruhe befragt, sagt sie, dass sie manchmal allerlei sehe, dadurch gerathe sie in große Angst. Keine körperlichen Klagen.

Die nächsten Wochen ist das Verhalten ein mehr ruhiges. Patientin ist meist für sich abgeschlossen, spricht selten ein Wort, macht bei allen ihren Handlungen mit dem Körper und den Extremitäten allerlei Mitbewegungen, oft zwangsartige Handlungen, springt z. B. auf einmal auf, wirft dann den Kopf hin und her, verzieht die Gesichtsmuskeln, hebt das gleiche Bein nacheinander auf. Ihre Gesichtsfarbe zeigt großen Wechsel, ihr Appetit ist gut. Zur Zeit der unregelmäßig sich einstellenden Menses ist Patientin unruhiger, lacht, schimpft, halluciniert, scheint sich nach dem Inhalt ihrer Reden gegen Gehörstäuschungen zu wehren, ihnen zu antworten, springt viel umher, alles in jäher impulsiver Weise. Stimmung oft gereizt. Diese vorübergehenden Exaltationszustände werden im 6. Monat anhaltend, Patientin ist immer schwerer zu leiten, fängt an unreinlich zu werden. Das unruhige, störende Verhalten dauert an, auch zeigt sich jetzt große Neigung zu heftigen Ausbrüchen, denen jedenfalls zum Theil Täuschungen des Gemeingefühlsinnes zugrunde liegen; häufig spricht die Kranke davon, dass sie gestochen werde. Nach 2jährigem Anstaltsaufenthalt als chronische Verwirrtheit mit secundärer Demenz transferiert.

Fall 67. G. J. 18jähr. Eltern gesund, von den Geschwistern eines schwachsinnig, Mutter während der Schwangerschaft in großer Angst. Im 2. Jahre machte Patient schwere körperliche Krankheit durch, blieb seither geistig zurück. Mit dem 10. Jahr Onanie, in den letzten Jahren Spermatorrhoe. Patient arbeitete zu Hause auf dem Lande, hatte große Freude am Vieh. Als ein Pferd crepierte, wurde Patient einsilbig, deprimiert, weinerlich, darauf exaltiert, lachte und sang beständig, sprach verwirrt, verweigerte die Nahrung, war nachts schlaflos.

Status bei der Aufnahme: Haltung schlaff, Gesicht blass, Puls 92, innere Organe gesund, Gang unsicher; Patient schlägt und stößt gegen die Umgebung, spricht bald französisch, bald deutsch ohne Sinn und Zusammenhang.

Auch in der folgenden Zeit ist Patient sehr unruhig, unter Tags meist gehobener Stimmung, abends traurig, ängstlich, glaubt ein Thier (Reh) zu sein, bittet, ihm nichts zu thun. Bei Tage lacht und singt er, verbindet mit jedem gesprochenen Satz eine Reihe neuer Gedanken, die er in lautem Tone hersagt, bildet Reime. Er ist völlig einsichtslos für seine Lage. Er behauptet, man wolle ihn morden, er wolle sich lieber selber tödten. Hie und da zeigt sich rasch vorübergehende Remission, Patient weiß dann, dass er unvernünftiges Zeug gemacht hat. In der 4. Woche wird Patient ruhiger, ist aber psychisch noch recht kindisch, unklar, verworren. Noch häufig Äußerungen, dass er ein Thier sei, man wolle ihm den Kopf abhauen, noch immer Neigung zur Reimbildung. Die Ruhe hält an, die Nächte sind jetzt gut, Patient erholt sich körperlich, das Gewicht nimmt zu. Psychisch ist noch immer das einsichtslose, läppische Gebaren, im Gespräch unlogische Äußerungen. In der 9. Woche stellt sich wieder Unruhe ein, verworrenes Schwatzen und Schimpfen, anhaltende Erregung Tag und Nacht. In diesem Zustande wird Patient nach Hause genommen; weiteres unbekannt.

c) Verwirrtheit mit depressivem Charakter und intercurrenten Angstzuständen.

Fall 68. R. M. 16jähr. Keine Psychosen in der Familie, Eltern und Geschwister gesund. Von 5 Kindern ist Patientin das jüngste. Geburt und Kindheit verliefen normal, Patientin war nie krank, lernte in der Schule ordentlich, von Gemüthsart heiter. Menses noch nicht eingetreten, doch in letzterer Zeit viel über Krämpfe im Unterleib, Congestionen nach dem Kopf geklagt. 6 Wochen vor der Aufnahme fieng Patientin an zu studieren, wurde traurig, starrte vor sich hin, klagte über Schwindel und über dumpfes Gefühl im Kopf. Der Zustand wurde immer

schlimmer, Patientin weinte viel, jammerte den ganzen Tag laut, hatte aber guten Schlaf und Appetit.

Status bei der Aufnahme: Kräftiges, gut entwickeltes Mädchen von intelligentem Aussehen, Gesichtsausdruck deprimiert und ängstlich. Rechte Gesichtshälfte kräftiger entwickelt als die linke, ebenso die ganze rechte Körperhälfte. Die Zunge zeigt mäßigen allgemeinen Tremor, die Reflexe sind abgeschwächt, die Temperatur ist normal, der Puls 112. Patientin klagt über Druck in der Herzgegend, Leere im Kopf, Denkunfähigkeit und traurige Verstimmung. Sie hat gute Krankheitseinsicht, Benehmen natürlich, willig. Patientin arbeitet gerne, hat guten Appetit.

Während des 5monatlichen Anstaltsaufenthaltes erholt sich Patientin gut, fühlt sich jetzt völlig wohl, sowohl psychisch als körperlich. Periode noch immer nicht eingetreten, doch ab und zu Congestionen nach dem Kopf und Unterleibskrämpfe. Patientin geht nach Hause, verhält sich die nächsten 12 Monate durchaus normal. Dann macht sie die Influenza durch, darauf wieder Beginn der Störung. Sie sagte, sie habe keine Freude mehr am Leben, habe keine Gedanken mehr, werde immer trauriger. 4 Wochen später wird sie nochmals von der Influenza ergriffen, damit neue Exacerbation. Patientin wird unruhig, wiederholt die alten Klagen. Die Menses haben sich noch nicht eingestellt, doch treten Unterleibskrämpfe und Kopfschmerzen sehr häufig auf.

Status bei der Aufnahme. (2) Blasses, angegriffenes Aussehen, weniger guter Ernährungszustand, Zunge zittert beim Herausstrecken, Puls 84. Choreatische Zuckungen in den Armen und Beinen. Gesichtsausdruck ängstlich, gedrückt, Patientin fühlt sich innerlich geängstigt, ist viel mit sich selbst beschäftigt, bewegt häufig die Lippen, spricht einige Worte, starrt vor sich hin. Sie klagt, dass sie ihre Gedanken verloren habe, dass sie sich an nichts mehr erinnern könne. Sie hat gute Krankheitseinsicht.

Auch nach $3^1/_2$ monatlichem Anstaltsaufenthalt zeigt Patientin noch große innere Unruhe, sondert sich viel von den andern ab, staunt vor sich hin, geht gebückt einher, bewegt

vielfach ihre Lippen. Körperlich fühlt sich Patientin wohl, das Gewicht hat zugenommen, der Schlaf ist gut. Sie wird nach Hause genommen, verhält sich die ersten 2 Wochen ordentlich. Dann fängt sie wieder an zu jammern und zu seufzen, schläft unruhig.

Status bei der Aufnahme. (3) Außer der viel größeren Ängstlichkeit und motorischen Unruhe kein Unterschied gegen das letztemal, dagegen blasser und magerer. Patientin bewegt beständig Lippen, Kopf und Oberkörper, sagt, dass sie ihre Ohren verschließen müsse, um ihre Gedanken besser zusammenhalten zu können.

Patientin studiert viel vor sich hin mit finsterem Gesichtsausdruck, presst hie und da unarticulierte Laute hervor, hat keine Arbeitslust, isst mit Appetit. Im 3. Monat des Anstaltsaufenthaltes beruhigt sich Patientin nach und nach, hält jetzt den Körper gerade, lässt den Oberkörper nicht mehr so sinken, bewegt weniger die Lippen, sieht körperlich besser aus, hat guten Appetit, studiert aber noch viel vor sich hin. Ende des 4. Monats tritt wieder größere Unruhe ein, Patientin wird psychisch zusehends mehr benommen, ist innerlich wieder sehr beschäftigt, wirft den Kopf wieder hin und her, stößt unarticulierte Laute aus, zeigt häufigen Wechsel der Gesichtsfarbe. Anfangs des 7. Monats treten die Menses ohne besondere Beschwerden ein. Patientin ist während dieser Zeit ziemlich ruhig, lacht vor sich hin, spricht viel mit sich selbst, verhüllt ihr Gesicht. Allmählich tritt eine Exacerbation ein, Patientin wird motorisch unruhig, springt hin und her, nimmt theatralische Stellungen ein, stößt unarticulierte Laute aus, ist tief benommen. Der Kopf ist geröthet, Puls 80. Das ganze nächste $^1/_2$ Jahr hält diese psychische und motorische Unruhe an. Patientin wiederholt stets die gleichen Laute, macht dabei allerlei Bewegungen mit Kopf, Händen und Rumpf, geht gravitätisch einher, zeigt ausgesprochen erotischen Zug, ist stets in Anwesenheit der Ärzte am aufgeregtesten. Allgemeine Schweiß- und Speichelsecretion. Die Menses, die 2 Monate ausgesetzt hatten, stellten sich wieder ein, während welcher Zeit Patientin ruhiger ist. Die Beruhigung wird eine an-

haltende, Patientin beginnt wieder zu arbeiten. In Gegenwart der Ärzte ist Patientin jeweils erregt, macht Beuge- und Streckbewegungen mit dem Körper, nimmt affectierte Stellungen ein, wirft alles zu Boden, was ihr in die Hände kommt. Körperlich besteht völliges Wohlbefinden, in letzter Zeit starke Gewichtszunahme. Nach 14monatlichem Anstaltsaufenthalt wird Patientin in ruhigem, aber leicht verwirrtem Zustande nach Haus entlassen.

d) Zusammengesetzte Form der Verwirrtheit.

1. Manische und depressive Elemente und Angstzustände.

Fall 69. K. M. 14jähr. Hereditäre Belastung von Seiten der Verwandten väterlicherseits. 1 Bruder der Mutter war melancholisch. Mutter während der Schwangerschaft gesund, Geburt verlief normal. Patientin als Kind stets gesund, munter und fleißig, in der Schule gut gelernt. Kam vor $^1/_2$ Jahr vom Hause fort in fremden Dienst, hatte es dort gut, bekam aber viel Wein zu trinken. Menses erst einmal eingetreten. Einige Tage vor der Aufnahme Klagen über Kopfweh. Patientin wurde unruhig, machte sich Vorwürfe, hatte lebhafte Angstzustände, weinte und schluchzte. Dann wurde sie aufgeregt, religiös exaltiert, tobte, war gewalthätig, verweigerte die Nahrung.

Status bei der Aufnahme. Kräftig gebautes und entwickeltes Mädchen, mehr als ihrem Alter entsprechend, mit intelligentem Gesichtsausdruck. Puls 100, Reflexe erhöht, innere Organe gesund. Patientin ist sehr unruhig, lacht, singt fröhliche Lieder, nimmt pathetische Stellungen ein, springt von einem Gegenstand auf den andern. Inhalt der Reden religiös. Patientin hält die Ärzte für Päpste, Heilige, Abgesandte Gottes, sie sieht die Mutter Gottes. Dann erblickt sie in der Umgebung feindliche Gestalten, greift sie an, stößt Flüche aus, sucht zu beißen, stürzt sich auf die Ärzte, zerreißt ihr Hemd.

Vorübergehend wird Patientin für kurze Zeit klarer, fast lucid, hat Krankheitseinsicht. Am nächsten Tag ist die Stim-

mung eine festlich gehobene, andere Tage ist Patientin voller Angst, zeigt bekümmerten, angstvollen Gesichtsausdruck, hat raptusartige Wuthausbrüche. Oft wechseln am gleichen Tage heitere und ängstlich deprimierte Stimmung in abrupter Weise mit einander. Allmählich machen sich kataleptische Zustände geltend, Patientin kann $^1/_2$ Stunde am gleichen Fleck mit starrem Blick dastehen, behält längere Zeit die passiv gegebenen Stellungen. Die nächsten Tage hält dieser stuporartige Zustand an, der Gesichtsausdruck wird starr, maskenartig, die Pupillen sind weit, reagieren träge, der Puls ist 56, die Musculatur der Extremitäten ist starr und hart anzufüllen. Patientin verhält sich tagelang durchaus apathisch, lässt Stuhl und Urin unter sich, spricht kein Wort, zeigt starke Salivation, wehrt sich gegen die Nahrungszufuhr, muss hie und da mit der Sonde gefüttert werden. Intercurrent machen sich ängstliche Aufregungszustände geltend, Patientin lässt dann religiöse Bemerkungen fallen, hält die Umgebung für Teufel. Dieses tief stuporöse starre Wesen bleibt unverändert. Die Nahrungsaufnahme ist sehr gestört, das Körpergewicht nimmt zusehends ab. Patientin wird in diesem Zustande nach 4monatlichem Anstaltsaufenthalt nach Hause genommen. Weiteres unbekannt.

Fall 70. W. A. 18jährig. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, Mutter vorübergehend wegen acuter Psychose in Behandlung. Patientin hatte als Kind einmal Typhus, war sonst gesund, lernte ordentlich. Eintritt der Menses mit 17 Jahren, seither regelmäßig und stark. Patientin war sehr religiös, besuchte in letzter Zeit auch die Versammlungen der Heilsarmee, musste unter Tags in der Fabrik streng arbeiten. In den letzten Wochen war sie wegen Hautausschlag und Magenleiden in ärztlicher Behandlung. Einige Tage vor der Aufnahme äußerte Patientin, sie könne nicht genug Buße thun, sie verweilte stundenlang in der Kirche, kam verwirrt zurück, sang und weinte.

Status bei der Aufnahme: Guter Ernährungszustand, Gesicht geröthet, Gesichtsausdruk ängstlich, Haut kühl, Puls schwach, 76, Temperatur normal. Innere Organe gesund, Reflexe abgeschwächt, Gang taumelnd, Patientin ist psychisch

benommen, stößt abwechselnd heitere und ängstliche Worte aus, eine richtige Antwort ist nicht erhältlich. Die erste Woche besteht anhaltende psychische und körperliche Unruhe, häufiger Wechsel zwischen heiterer und ängstlich deprimierter Stimmung, Sensorium tief benommen, lebhafte Hallucinationen, je nach deren Inhalt wechselnder Gesichtsausdruck. Ab und zu plötzliche Sprünge und lautes Aufschreien, gewaltsames Zerreißen. Die Aufregungszustände haben oft erotischen Charakter, Patientin läuft den Ärzten nach, schmiegt sich an sie. Häufige Neigung zu kataleptiformen Zuständen, Patientin lässt den passiv gehobenen Arm einige Zeit ruhig in der gegebenen Stellung. Anfangs des 2. Monats wird Patientin psychisch ruhiger, leichter lenkbar, zeigt aber noch tiefe Benommenheit, häufige Neigung zu kataleptiformen Zuständen, ausgeprägtem Erotismus. In den nächsten Monaten sehr wechselndes Benehmen. Patientin ist bald stuporös mit kataleptischer Starre, bald motorisch unruhig, springt hin und her, legt sich auf den Boden, schreit laut, ist über Ort und Zeit völlig desorientiert. Dabei nimmt Patientin körperlich stetig ab, der Schlaf ist wechselnd. Mit Beginn des 9. Monats zeigt sich endlich langsame, aber entschiedene Besserung. Patientin wird ruhig und klar, fängt an zu arbeiten, hat Krankheitseinsicht, Nächte jetzt ruhig. Geistig ist Patientin noch recht schwach, hat wenig Gedächtnis, weiß sich nur an weniges von der Krankheit zu erinnern. Körperlich gutes Aussehen, Gewichtszunahme 40 ℔.

Nach 12monatlichem Anstaltsaufenthalt Entlassung Patientin ist geistig frisch und klar, nur noch etwas scheu und ängstlich. Menses im ganzen 7mal eingetreten, die ersten 5male mit jeweiliger Steigerung der Erregung, die letzten 2male ohne psychischen Einfluss. Patientin seither (6 Jahre) gesund geblieben.

2. Verwirrtheit mit paranoischen Elementen.

Fall 71. K. K. 20jährig. Eltern leben. Mutter war vor 2 Jahren melancholisch, Geschwister gesund, Patient bisher nie krank, geistig mäßig begabt, aber fleißig, unselbständiger

Charakter. Arbeitete in einer Bierbrauerei, wurde in letzter Zeit überangestrengt. Während der letzten 1 ½ Jahre häufiges Nasenbluten. Kurz vor der Aufnahme erhielt Patient eine unverdiente Ohrfeige von seinem Meister, worüber er sich sehr aufregte. Von da an begann Patient vor sich hin zu studieren, war unzufrieden mit seiner Stellung. Ausgesprochene psychische Störung erst seit 2 Tagen, Patient fieng an verwirrt zu reden und zu handeln, jammerte nachts, drohte mit Selbstmord.

Status bei der Aufnahme: Kräftiger Körperbau, Hypertrophie des linken Ventrikels, Herztöne rein, kein Tremor. Patient gibt richtige Auskunft über Alter und Heimat. Abends im Bett wird er plötztlich aufgeregt, redet verwirrt, hat große Angst, ohne einen Grund angeben zu können, weint. Allgemeiner (frostartiger) Tremor, dazwischen länger dauernder sprachloser Stupor.

Die ersten 3 Wochen hält die ängstliche Verwirrung mit intercurrenten Stuporzuständen an, Patient spricht mitunter von Leuten, die nach ihm schießen und ihn stechen wollen, negiert aber Hallucinationen. Er fühlt sich stets von seiner Umgebung gekränkt, verspottet und beschimpft, spricht sonst wenig. Dann rasche Aufhellung des Sensoriums, verständiges Reden und Handeln, nur noch ein apathisch-melancholisches Benehmen und zeitweise Andeutungen von Verfolgungswahn; hört noch Stimmen, die ihn beschimpfen. Patient spricht noch wenig, steht lange am gleichen Fleck, verlangt nach Arbeit. Patient wird nach 4wöchentlichem Anstaltsaufenthalt auf Wunsch nach Hause entlassen. Weiteres unbekannt.

Fall 72. S. L. 18jährig. Vater war Potator, gestorben durch Suicidium, sowohl Verwandte des Vaters als der Mutter geisteskrank. Von 4 Kindern ist Patientin das zweitälteste. Körperconstitution und geistige Begabung schwach. Im 7. Lebensjahr schwerer Scharlach, seit mehreren Jahren viel Kopfweh. Patientin fühlte sich zu Hause sehr unglücklich, erfuhr schlechte Behandlung von einer Tante, drohte deshalb mit Selbstmord. Vor 3 Monaten kam Patientin als Kindsmagd nach auswärts, wo sie sich sehr wohl fühlte. 2 Wochen vor

der Aufnahme plötzlicher Beginn der Krankheit. Patientin wurde aufgeregt, weinte, sprach verworren, wollte nicht mehr arbeiten. Dann zeigte sie hochgradige maniakalische Aufregung, wälzte sich mit aufgelösten Haaren auf dem Boden, tanzte umher, lachte, sang, sprach nur ganz wenig und unklar, war unreinlich.

Status bei der Aufnahme. Großes, schlecht genährtes Mädchen, Kopf stark geröthet. Innere Organe gesund. Maniakalische Erregung und Verwirrtheit mit lebhafter Production von Lustgefühlen, daneben viele Hallucinationen mit dem Gehör. Appetit und Stuhl in Ordnung.

Nach circa 4 Wochen wird Patientin ruhiger, aber verstimmt und unzufrieden, ist schwer zu leiten. Sie weint viel, ist heftig gegen ihre Umgebung, halluciniert noch viel mit dem Gehör, hört spotten und schimpfen, ist zur Arbeit nicht zu gebrauchen. Dieser Zustand hält an. Im 4. Monat erstes Auftreten der Menses, doch ohne Einfluss auf die Psyche. Patientin zeigt ein ungeberdiges, eigensinniges Benehmen, halluciniert viel, schaut und horcht zur Seite, schlägt die anderen Patienten, fällt sie plötzlich an. Sie spricht spontan nichts, sondert sich von den andern ab, steht stundenlang auf einem Fleck gegen die Wand gedrückt. Die Menses treten nur noch 2mal ein. Patientin bleibt unzugänglich, verweigert die Nahrungsaufnahme, muss künstlich gefüttert werden. In diesem Zustande nach 12monatlichem Anstaltsaufenthalt Transferierung.

Vorkommen.

Von den Autoren wird das häufige Vorkommen bei weiblichen Individuen betont. In Bezug auf das Alter ist es das kräftige Alter vom 20. bis 40. Jahr, das die meisten Kranken liefert.

Unsere Fälle vertheilen sich auf 7 weibliche und 3 männliche Individuen zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr.

Ätiologie.

Die gesteigerte Hirnthätigkeit zur Zeit der Pubertät dürfte das wichtigste ätiologische Moment zu solch vorwie-

gend sensorieller Störung sein. Außerdem ist in prädispositioneller Beziehung von Bedeutung die geschwächte körperliche Constitution, angeborene Rachitis, schwere Erkrankungen im Kindesalter, Momente, die die normale geistige oder körperliche Entwicklung beeinträchtigen. Wir treffen dies bei unseren Fällen 3mal.

Die Prädisposition kann auch erworben werden durch geistige und körperliche Überanstrengung im frühen Alter (3mal), Masturbation (1mal), alkoholischen Abusus im frühen Alter (2mal), durch vorausgegangene fieberhafte Krankheiten (2mal).

Von Gelegenheitsursachen spielen Gemüthserschütterungen 2mal die Hauptrolle. Alles das sind schwächende Momente, welche neuro- und psychopathische Constitutionen hervorrufen. Solche haben 4 unserer Kranken schon seit frühem, 1 Knabe litt schon mit 15 Jahren an acuter geistiger Störung.

Störungen der Menses von ihrem 1 Auftreten an haben 2 unserer Kranken, bei 2 der weiblichen Individuen beginnt die geistige Störung mit dem Auftreten der Geschlechtsreife. Erblich belastet sind 8, davon 4 direct, 4 indirect.

Verlauf.

Stets beobachten wir ein Vorläuferstadium, das sich bei 8 unserer Fälle über wenige Tage, bei 2 über Monate erstreckt. Die einen klagen über Kopfweh, zeigen eine gewisse Beängstigung und Unruhe, Schlafstörung, haben subjective Sinneserscheinungen. Bei den anderen bildet sich eine Umänderung des Charakters aus; sie werden verstimmt, gereizt, brüten vor sich hin, klagen über erschwertes Denken. Der Übergang in die eigentliche Krankheit ist stets ein acuter. Es entwickelt sich sehr rasch ein Zustand allgemeiner, hochgradiger Aufregung von verschiedenem Charakter, seltener (Fall 68 und 70) bildet das erste Auftreten der Krankheit ein mehr chronischer Symptomencomplex, der sich aber auch durch Verworrenheit der Vorstellungen auszeichnet. Daran schließt sich das zweite, ruhigere Stadium mit manischem Charakter, welches öfters in einen stuporartigen Zustand

übergeht, welche beide wiederholt miteinander abwechseln können. Der Verlauf ist demnach ein stadienartiger. Das Remissionsstadium erscheint in der Regel als psychischer Schwächezustand.

Die Dauer

unserer geheilten Fälle beträgt 1 bis 12 Monate, im Durchschnitt 6 Monate.

Der Ausgang

ist bei 5 unserer Fälle Heilung. Stets besteht Amnesie über die durchgemachte Krankheit. Die andern 5 Fälle gehen in ein chronisches Schwächestadium über.

Allgemeine Symptomatologie.

Die hebephrenische Färbung der Krankheitsbilder zeigt sich auch hier im Vorherrschen eines impulsiven Elementes, das zu boshaften Handlungen führt, in etwas Triebartigem im intellectuellen Gebiet, das allerlei plötzliche Einfälle hervorruft. Dies, sowie das häufig ausgesprochene erotische Gepräge, der unvermittelte Stimmungswechsel, das Pathetische in Haltung und Bewegung, die affectierte Sprechweise mit Neigung zum Reimen, deuten auf jene innere Erregung, von welcher die Umwälzungen der Geschlechtsentwicklung begleitet sind. Der Eintritt der Menstrualblutung während der Krankheit war 3mal ohne Einfluss auf den Verlauf, 2mal machte sich größere Unruhe geltend, und einmal war sie von regelmäßigem Nachlass der krankhaften Symptome begleitet.

Intellectuelle Störungen.

Paranoia.

Paranoia ist derjenige Krankheitsprocess, bei dem Wahnvorstellungen systematischer Natur und zwar auf Grund constitutioneller Anlage und von Störungen des Selbstgefühls und der Sinneswahrnehmungen die wichtigste Rolle spielen.

Stets lässt sich ein protrahiertes Vorläuferstadium nachweisen. Es sind Leute, die schon längst als Sonderlinge bekannt waren, die man für excentrisch und verschroben hielt, darunter

solche, die daneben für hochintelligent galten. Da plötzlich ohne nachweisbaren Grund oder auf geringfügige Veranlassung hin beginnen sie, bereits beeinflusst vom Misstrauen, ihre Umgebung argwöhnisch zu beobachten, sie glauben zu bemerken, dass etwas gegen sie im Werke sei, sie kommen zu wahnhaften Erklärungen, in deren Mittelpunkt sie selbst stehen. Es bemächtigt sich ihrer eine große Unruhe, der Schlaf wird gestört, die Stimmung wird gereizt, im weiteren kann es zu Erregungszuständen, ja bis zur eigentlichen Tobsucht kommen. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen die Wahnideen mit dem Charakter der Constanz und des logischen Zusammenhangs, daneben treten Hallucinationen, Visionen und Illusionen auf. Eine erhebliche sensorielle Störung besteht nicht. Meist kommt es zu allmählicher Beruhigung, die Wahnvorstellungen schwinden oder blassen ab.

Fall 73. N. H. 19jährig. Eltern und Geschwister gesund, Vatersbruder geisteskrank gestorben, eine Schwestertochter leidet an Melancholie. Patient als Kind oft kränklich, lernte schwer, masturbierte seit Jahren. Im 12. Jahr auffallend ungünstige geistige Änderung. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren schwere Influenza, worauf Patient geistig noch schwächer wurde. Vor 1 Jahr nach Überanstrengung während der Ernte plötzlich tiefe Depression, weinte viel, machte Selbstanklagen, er habe seine Kameraden beleidigt. Nach 4 Tagen beruhigte er sich wieder, erschien aber etwas gedrückter als früher. Vor 14 Tagen neuer Aufregungszustand. Patient war voller Angst, meinte, man wolle ihm an's Leben, er werde verbrennen, drohte, er werde sich ertränken. Dabei war er sehr unstät, schlief schlecht, stöhnte viel, machte sich Vorwürfe, dass er seinen Kameraden allerlei versprochen habe und nicht mehr wisse, was.

Status bei der Aufnahme. Ziemlich guter Ernährungszustand, rachitischer Habitus, blöder Gesichtsausdruck. Innere Organe gesund. Psychisch zeigt sich Patient mäßig ängstlich erregt, von geringer Intelligenz und Gedächtnis. Alle Vorstellungsprocesse sehr verlangsamt, dabei sein Gedankengang oft abspringend. Patient ist anscheinend völlig mit sich

beschäftigt, lässt seine Aufmerksamkeit nicht auf die Fragen fixieren. Dieser Zustand bleibt unverändert mit der Ausnahme, dass sich in der Folgezeit Anzeichen für Hallucinationen bemerkbar machen. Der Blick des Patienten ist häufig stier in's Leere gerichtet, er macht unter tiefem Abziehen des Hutes unaufhörlich Reverenzen vor seinen Visionen, redet verzückt von der Hoheit.

Patient wird immer mehr von seinen Hallucinationen eingenommen, verweilt stundenlang in seinen Beobachtungen und Stellungen, muss gewaltsam zum Essen geführt werden. Es stellt sich eine völlige Starre der ganzen Musculatur, besonders des Nackens und der rechten Rumpfseite, am wenigsten der Arme ein. Patient sitzt fast stets nach vorne gekrümmt ganz unbeweglich da oder stiert auf seine Visionen. Dazwischen zeigt er plötzliche Bewegungsimpulse aus Hallucinationen veranlasst. Der Kopf ist stets warm und geröthet. Patient nimmt körperlich zusehends ab. In diesem Zustande nach 2monatlichem Anstaltsaufenthalt Entlassung.

Fall 74. W. L. 21jähr. Keine Heredität für Geisteskrankheiten nachweisbar. Als Kind stets gesund, aber schwächlich, ein mittelmäßiger Schüler von normalem Charakter. Im 14. Jahr schwere Pneumonie durchgemacht, seither nicht mehr recht erholt, seit 4 Jahren Onanie. In den letzten 2 Jahren viel Klagen über Kopfweh. Seit 4 Monaten auffällig, sprach nichts mehr, verhielt sich den Mund, man würde ihm sonst den Verstand nehmen. Er sonderte sich von den anderen ab, aß abseits und nur wenn ihn niemand dabei beobachten konnte. Er war reizbar, sehr vergesslich.

Status bei der Aufnahme. Graciler Körperbau, mäßiger Ernährungszustand. Innere Organe gesund. Sehnenreflexe verstärkt, Gesichtsausdruck ängstlich, verlegen. Patient verhält sich ruhig, gibt leise Antwort, zum Theil richtig, ist ziemlich orientiert. Er macht beständige Bewegungen mit der Zunge, berührt mit dieser seine Lippe, zieht seinen Rock aus und an, führt mit den Händen choreatische Bewegungen aus, wechselt in einemfort die Lage derselben.

Die erste Zeit ist Patient noch recht unruhig; der Kopf wird weggekehrt, wenn man mit ihm spricht, der Blick ist unstät. Patient fühlt sich überall unbehaglich, drängt nach Hause. In der 3. Woche ist Patient im ganzen orientiert, schiebt die Ursachen seiner Erkrankung auf seine Angehörigen. Haltung und Bewegung sind schlaff, Patient kann seine Hände jetzt über eine Minute ruhig halten, die Bewegungen der Zunge sind nur noch schwach. Schlaf, Appetit und Verdauung gut. Nach 4wöchentlicher Anstaltsbehandlung geht Patient zur Erholung aufs Land.

Fall 75. H. A. 20jähr. Eltern früh an Phthisis pulmonum gestorben. Vom 6. bis 11. Jahr viel kränklich, später chlorotisch. Menses unregelmäßig. Seit dem 13. Jahr bei fremden Leuten im Dienst, wo sie immer als auffällig galt. Vor $1^1/_2$ Jahren hörte Patientin, dass ein Baron sie heiraten wolle, was ihre Herrschaft zu verhindern suche. Seither innerlich unruhig, viel mit dem Gehör hallucinierend. Allmählich Ausbildung eines Verfolgungswahns, dessen Kern die Polizei von B. ist. Sie behauptet, dass man überall in der Stadt von ihrem Liebesverhältnis rede, obwohl sie zugibt, dass der Baron ihr noch nie geschrieben.

Status bei der Aufnahme. Aussehen sehr blass, Gesichtsausdruck starr, staunend, Haut kühl, Puls schwach, mittelfrequent, Respiration ruhig, keine abnormen Sensationen, nur Müdigkeit. Innere Organe gesund. Patientin verhält sich ruhig, ist gesprächig, ohne formale Störung im Vorstellungsleben, ohne besonderen Affect, ohne Angstempfindung. Aufmerksamkeit und Gedächtnis normal.

Patientin ist orientiert über den Ort, sie sei aber kein Narr. Die Leute riefen ihr auf der Straße nach, dass der Baron sie heiraten wolle, sie wisse auch, dass er mit ihren Verwandten gesprochen habe, ihr persönlich hätte er nichts gesagt. Sie wolle ihn nicht zwingen, aber es sei doch so. Sie erzählt alles ohne Erregung.

Die ersten Tage bleibt Patientin ruhig, dann wird sie deprimiert, seufzt und weint oft. Sie möchte sterben, da sie doch nicht wie andere Mädchen leben könne. Man solle sie

vergiften. Die Stimmung wird allmählich eine gereizte, Patientin will nichts einnehmen, man wolle sie nur krank machen. Die Aufregung steigert sich, Patientin schimpft viel über ihre Verfolger, halluciniert viel mit dem Gehör, sie hört viele Leute aus ihrer Heimat. Auf Eintritt der Menses noch mehr erregt, wird gewaltthätig, hört Vorwürfe vom Baron. Sie beruhigt sich allmählich wieder, ist jetzt untertags mehr apathisch, bei Nacht aber voller Angst, fürchtet, man werde sie umbringen, hört viele Schimpfnamen. Keine Krankheitseinsicht. Appetit und Verdauung jetzt wieder geregelt. Bei Wiedereintritt der Menses wieder mehr aufgeregt und lebhafter hallucinierend. Sie spricht von Umbringen aller ihrer Verwandten, weint, ist manchmal ganz außer sich, nachts sehr ängstlich aus Furcht vor Ermordung. Nach 2monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patientin in eine andere Anstalt transferiert.

Fall 76. S. E. 17jähr. Vater leidet an Melancholie, Mutter gestorben, war ein liederlicher Charakter. Patientin entwickelte sich körperlich gut, war nie krank, Menses seit dem 14. Jahr, zeitweise unregelmäßig. Charakter verschlossen, steckköpfig, zu religiöser Schwärmerei neigend, geistige Begabung gering. Seit 1 Jahr trug sich Patientin mit dem Gedanken, ihre Dienste als Krankenschwester dem Herrn zu weihen. Im letzten Vierteljahr machte sich dieser Trieb sehr stark geltend, von da an ihre psychische Veränderung. Seit 4 Wochen Appetitlosigkeit und Abmagerung. Patientin war viel zerstreut bei der Arbeit, wollte stets fort beten, „der Herr hat mich zum Gebet, zum Wachen und Fasten berufen.“ Deshalb aß und schlief sie nicht mehr.

Status bei der Aufnahme. Starke Abmagerung, blasses Aussehen, Puls schwach, 58, Extremitäten kühl. Patientin verhält sich ruhig, sieht mit verzücktem Blick meist nach einem Punkt, gibt nur leise und langsam Antwort, sagt, sie dürfe nicht schlafen, sie müsse wachen und beten, damit sie bereit sei, wenn der Herr rufe. Sie wolle nicht essen, weil sie es nicht nöthig habe, nimmt aber das hingestellte Essen sehr gerne. Am nächsten Tag wird Patientin in stuporösem Zustande getroffen. Sie liegt da mit fest geschlossenen Augen,

starren, zum Lächeln verzogenen Gesichtszügen, steifer Körperhaltung, ohne jegliche Reaction. Abends ist Patientin wieder freier, reagiert auf Fragen, gibt Antwort, nimmt Nahrung.

Die nächsten 4 Wochen ist Patientin gut zugänglich, gibt gut und bereitwillig Auskunft, ist fleißig, hat keine Klagen, schläft und isst gut. Sie erhält dann den Besuch eines Pfarrers, worauf sie völlig verändert ist. Sie liegt in einem stuporösen Zustande da, bei passiven Bewegungen Starre, Puls schwach, Extremitäten kalt, muss mit der Sonde gefüttert werden, was sie apathisch geschehen lässt. Nur einmal sagt Patientin, wenn der Herr es wolle, dass sie noch länger leben müsse, so werde sie sich drein fügen.

Die nächsten 8 Wochen ist Patientin in einem anhaltend stuporösen Zustand, spricht sich in keiner Weise aus, zeigt keine Spur von Beschäftigungstrieb, nimmt die Nahrung nie spontan, muss täglich 2mal mit der Sonde gefüttert werden, wobei sie einmal die Augen öffnet, lächelt und zwar so, dass man annehmen kann, sie mache sich über die Mühe lustig. Aufgefordert ihr Essen selbst zu nehmen, antwortet sie, sie dürfe nicht 2 Herren dienen. Es besteht Obstipation, doch wird beobachtet, dass Patientin, wenn sie auf ist und sich nicht gerade beaufsichtigt glaubt, scheinbar unbemerkt auf den Abort geht. Meist steht Patientin apathisch da, starrt vor sich hin, lächelt auf Fragen blöde, verfolgt aber meist aufmerksam, was um sie vorgeht. Am Namenstag ihres Vaters fängt sie plötzlich während des Vormittags zu reden an, arbeitet fleißig, isst selbst mit großem Appetit. Abends beginnt wieder ein Rückfall, der 8 Tage anhält, dann fängt sie wieder an zu sprechen, ist munter, freundlich und fleißig, sagt, sie werde jetzt selber essen. Sie wünscht jetzt nach Hause, um dort beten zu können, sie höre die Stimme ihres Herzens ihr sagen, sie müsse dem Herrn dienen. Anfang des 6. Monats des Anstaltsaufenthaltes Wiedereintritt der bisher ausgebliebenen Menses ohne psychische Reaction. Patientin arbeitet fleißig, ist meist wortkarg, isst spontan, nimmt zu an Gewicht. Ein Brief an ihre Eltern aus diesen Tagen lautet: „Leiden

ist jetzt mein Geschäft, anderes kann ich jetzt nicht thun, als nur in dem Leiden ruhn. Leiden müssen meine Kräfte, das ist jetzt des Vaters Wille, den verehr' ich sanft und stille, Leiden ist mein Gottesdienst."

Nach 6monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patientin gebessert nach Hause entlassen.

Vorkommen.

Die Paranoia kommt ziemlich häufig vor, meist aber erst zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr und zwar überwiegt das weibliche Geschlecht. Sander hat unter dem Namen der originären Paranoia eine Form beschrieben, deren Entstehung bis in die Jugendzeit zurückreicht. Während in der Kindheit das Krankheitsbild der Paranoia fehlt, wurde dasselbe in den Pubertätsjahren von verschiedenen Autoren beobachtet, so von Schüle [16] die Form der katatonischen Verrücktheit als der Pubertätszeit zugehörig, angegeben. Unsere Fälle vertheilen sich auf 2 männliche und 2 weibliche Individuen.

Ätiologie.

Die Krankheit entsteht auf hereditärem oder constitutionellem Boden, oder auf der Basis angeborener psychischer Schwäche. Die occasionellen Momente bieten nichts Charakteristisches dar.

Bei unseren Fällen finden wir 1mal directe, 1mal indirecte Heredität, bei den 2 anderen ist Heredität nicht nachweisbar. 2 unserer Kranken galten seit früher Jugend als excentrische Wesen, 2 weisen angeborene geistige Schwäche auf. Bei 3 werden körperliche Erkrankungen in der Kindheit beziehungsweise Jugendzeit angegeben, bei 2 wird von da an die psychische Umänderung datiert. 2mal geht Onanie voraus. Störungen der Menses von ihrem ersten Auftreten an finden wir bei beiden weiblichen Kranken.

Die Dauer

der Behandlung unserer Fälle beträgt durchschnittlich 3 Monate.

Ausgang.

3 unserer Fälle werden gebessert, 1 ungeheilt entlassen. Die Prognose ist aber nur eine relativ günstige, das acute Stadium läuft ab, die constitutionelle Grundlage bleibt bestehen und bildet eine stete Gefahr des Recidivs.

Allgemeine Symptomatologie.

Das Hauptsymptom der Krankheit bilden die Wahnideen, welche primär aus dem Bewusstsein hervortreten, mit dem Charakter der Constanz und des logischen Zusammenhangs. Meist äußern sich dieselben unter der Form des Verfolgungswahns, aber auch Größenwahn kann vorkommen. Gewöhnlich beobachtet man Sinnestäuschungen besonders von Seite des Gehörs; sie fehlen nur bei 1 unserer Fälle. Sensorielle Störungen sind sehr selten. Die Gemüthsstörungen sind stets secundär; wir finden depressive wie expansive Formen, auch im Wechsel miteinander.

Von unseren 4 Fällen zeigt allein Fall 75 das typische Bild der Paranoia. Fall 73 und 76 illustrieren die Form der katatonischen Verrücktheit; man beobachtet Regungslosigkeit mit Starre der Musculatur oder bizarrer Stellung des Körpers, fixierten Blick, festgeschlossenen Mund, Nahrungsverweigerung, kühle Haut, verlangsamten Puls. Dazwischen treten plötzliche Erregungszustände, intercurrentes Sprechen oder Lächeln auf.

Fall 76 erweckt den Verdacht, dass die Wahnvorstellungen mehr oberflächlicher Art sind, dass damit ein Spiel getrieben wird; Patientin verweigert die Nahrung, da sie dem Herrn dienen müsse, nimmt aber das hingestellte Essen willig, im stuporösen Stadium lässt sie sich die Nahrung ohne Widerstand eingeben. Fall 74 bietet ein Beispiel der hypochondrischen Paranoia. Die Kranken klagen über körperliche Beeinträchtigungen und Störungen, die ihnen gemacht werden. In körperlicher Beziehung ist zu betonen, dass im allgemeinen subjectives Wohlbefinden besteht; man findet einzig Müdigkeit, Schwäche, Verdauungs- und Schlafstörung. Bei Fall 74 sehen wir als Complication eine Chorea linguae. Bezüglich

des Einflusses der Menstruation auf die Krankheit sehen wir bei einem Fall regelmäßige Exacerbation, beim anderen bleiben die Menses ganz aus.

II. Organische Psychosen.

1. Die primäre chronische Demenz.

(Dementia praecox—Hebephrenie.)

Die primäre chronische Demenz ist charakterisiert durch die rasche Entwicklung eines einfachen geistigen Schwächezustandes unter den Erscheinungen einer acuten oder subacuten Geistesstörung. Kraepelin ([26]) hält es für wahrscheinlich, dass es sich hier trotz der einstweiligen negativen anatomischen Befunde wegen des raschen, geistigen Zerfalles um organische Veränderungen im Gehirn handelt. Wir pflichten dieser Ansicht völlig bei und haben deshalb diese Krankheitsform unter die organischen Psychosen eingereiht.

Entwicklung und Verlauf dieser Krankheit sind entweder ruhig oder nehmen mehr stürmische Form an. Das Wesentliche aber bei beiden ist der rasche Verfall in Schwachsinn. Bei der ruhigen Form kann die ganze Umwälzung unmerklich vor sich gehen, so dass die Umgebung erst durch die mangelhafte Leistungsfähigkeit aufmerksam wird. Meist gehen aber doch ganz bestimmte Symptome voraus. Kraepelin betont, dass die Entwicklung meist mit körperlichen Störungen vor sich geht. Er hebt Verminderung von Schlaf und Appetit, Stärkung der Sehnenreflexe, Zittern, Koma, Ohnmachten hervor. Wir finden dies bei unseren Fällen nicht; bloß Steigerung der Sehnenreflexe wird 2mal angegeben.

Als eines der ersten und häufigsten Symptome der Krankheit treffen wir eine auffällige Zerstreutheit und Apathie. Die Kranken starren vor sich hin, werden theilnahmslos, äußern auch hypochondrische Klagen (Fall 78), Selbstvorwürfe, Verfolgungs- (Fall 78) und Größenideen (Fall 77). Charakteristisch ist der schwachsinnige Inhalt der Ideen und die Affectlosigkeit gegenüber den Wahnideen. Bei einem unserer Kranken zeigte sich unmotivierte Reiselust.

Sodann tritt immer deutlicher die Zusammenhangslosigkeit des Denkens, eine gewisse Zerfahrenheit hervor, daneben ein läppisches, kindisches Gebaren. Dabei ist das Gedächtnis zunächst noch gut erhalten, das Bewusstsein klar. Die Stimmung unserer Kranken schwankt im Beginn häufig. Niedergeschlagenheit, reizbares Wesen wechseln mit Heiterkeit. Mit der Zeit aber beherrscht eine gewisse Gemüthsstumpfheit das Bild. Dem verlorenen, zerfahrenen Wesen entsprechend, erfolgen die Antworten langsam, abgebrochen, auch in den Schriftstücken zeigt sich die Zusammenhangslosigkeit im Gedankengang. In den sprachlichen Äußerungen tritt die Vorliebe für bestimmte Redensarten, bizarre Ausdrücke hervor. Der psychische Zustand führt sehr rasch auch zu mangelhaften Leistungen. Die Kranken neigen zu großer Trägheit oder zu losen Streichen. Sie lieben stereotype Haltung und Bewegung und Gesticulationen (z. B. Fall 80).

Die Verblödung geht bald langsamer, bald rascher vor sich und macht, wie Kraepelin betont, auf verschiedener Stufe halt. Kraepelin unterscheidet solche mit mäßigem Grad von Schwachsinn, die ihr Dasein in bescheidenen Wirkungskreisen selbst fristen, und solche mit völligem Schwachsinn, die zu selbständiger Lebensführung unfähig sind.

Kraepelin [26], Pick [59] und Sommer [24] machen auf die große Wichtigkeit dieser Krankheitsform für den Praktiker und speciell auch für den Militärarzt aufmerksam. Nach Sommer handelt es sich höchst wahrscheinlich bei einer Reihe von schweren Soldatenmisshandlungen um solche während der Militärzeit primär schwachsinnig Gewordene. Solche Individuen sind natürlich unfähig den Anforderungen des Militärdienstes zu genügen und werden dann, weil das Krankhafte des Zustandes nicht erkannt wird, als Simulanten behandelt.

Die unruhige Form dieser Krankheit beginnt mit Änderung des ursprünglichen Naturells. Die Kranken werden unordentlich, gleichgiltig, vergesslich, klagen über Kopfschmerzen, zeigen gereiztes Wesen, sind traurig verstimmt, äußern unbestimmte Verfolgungsideen, machen sich Selbst-

vorwürfe, beschäftigen sich mit religiösen Dingen, haben Sinnesstörungen, sind oft verworren. Depressive Stimmung, gemüthliche Stumpfheit wechseln mit Aufregung, mit heftigen Wuthausbrüchen.

Es findet sehr rasch ein Übergang in stumpfen Schwachsinn statt mit intercurrenten expansiven Erregungszuständen. Fall 84 zeichnet sich durch massenhafte Production von Wahnideen, speciell Größenideen von schwachsinnigem Charakter, denen gegenüber die Affectlosigkeit auffällt, aus. Doch findet ein rasches Verblassen dieser Wahnbildungen statt. Kraepelin (26) kennzeichnet eine Gruppe von Fällen, „welche nach schneller Entwicklung gänzlich unsinniger, zusammenhangsloser Verfolgungs- und Größenideen unter leichteren Erregungszuständen überraschend früh in dauernde Verwirrtheit übergehen," mit dem Namen der Dementia paranoides.

Von Hecker (36) stammt in der deutschen Literatur die erste genaue Schilderung von gewissen Formen der Dementia praecox, die Kahlbaum (33) im Jahre 1863 mit dem Namen Hebephrenie bezeichnete. „Sie ist eine Krankheit, die stets im Anschluss an die Entwicklung der Pubertät zum Ausbruch kommt, in einer Zeit, wo die sich während der Pubertät vollziehende „psychische Erneuerung und Umgestaltung des Ich" (Griesinger) unter normalen Verhältnissen ziemlich ihren Abschluss gefunden hat. Dieser psychologische Process, der mit einer Reihe besonderer Symptome einhergeht, wird durch die Hebephrenie in eine pathologische Permanenz erklärt, indem die Erscheinungen, welche in jenem Übergangsstadium zeitweilig zur Beobachtung kommen, sich in krankhaft gesteigertem Maße hervordrängen und schließlich zu einem eigenthümlichen Endstadium (hebephrenem Blödsinn) führen." „Der Beginn der Krankheit ist gewöhnlich scheinbar die Folge gemüthlicher Alteration mit Symptomen der Melancholie, zunächst mit einer unbestimmten Traurigkeit und allmählich wechselnden Wahnvorstellungen. Dabei zeigt sich sehr bald große Oberflächlichkeit der Empfindung. Es hat oft den Anschein, als kokettierten die Kranken mehr willkürlich mit ihren melancholischen Empfindungen und schon

frühe tritt mit der traurigen eine mehr heitere Stimmung in Contrast. Daneben erhöhter Bethätigungstrieb, oft gesteigert bis zur expansiven Tobsucht (zielloses Handeln, Vagabundieren und Herumstreifen).“

Die Schwierigkeit der Beurtheilung solcher Fälle hat namentlich darin ihren Grund, dass sich der Hauptheil der Störungen auf dem formalen Gebiete bewegt. Selten bestimmte Wahnideen, nur allerlei bizarre Einfälle, die aber etwas Flüchtiges und gewissermaßen absichtlich Gemachtes an sich haben (Confabulation nach Kahlbaum). Meist schließt sich der Inhalt der Reden den objectiven Verhältnissen an und zeigt nur eine gewisse kritiklos kindische Auffassung, womit die Neigung, sich in allgemeinen wissenschaftlichen Thesen zu ergehen, seltsam contrastiert. Besonders wichtig sind die formalen Störungen, die in den Reden der Hebephrenen und den schriftlichen Aufzeichnungen zutage treten. „Nicht in allen Fällen sind die hier aufgezeichneten Symptome vollständig, aber stets zeigt sich eine Besonderheit des Verlaufs und vor allem das frühe Auftreten eines albernen Schwachsinns.“

Sander und Mendel sprachen sich in der Versammlung deutscher Irrenärzte vom Jahre 1880 gegen Aufstellung der Hebephrenie als klinische Form aus, sie können in der Schilderung der Symptome nichts ganz besonderes finden, von Rinecker glaubt, dass manche Fälle der Hebephrenie der von Falret aufgestellten Form der folie circulaire sich einreihen lassen (A. Z. f. Psychr. 1880). Schüle ([16]) sieht in dem gesammten Krankheitsbilde nur die charakteristischen klinischen Merkmale der Verrücktheit und betrachtet darnach diese specifische Äußerungsweise des pubischen Irreseins als das zeitlich früheste Auftreten der genannten geistigen Erkrankungsform.

Auch Scholz ([66]) betont in seinem Vortrag über Pubertätsschwachsinn, dass es richtiger sei, die Hebephrenie Kahlbaums einer größeren Psychosengruppe einzureihen, deren Wesen darin besteht, dass während oder bald nach den Entwicklungsjahren das Geistesleben vorher gesunder Individuen rasch dauernder Schwäche anheimfällt.

„Krankheitsbilder jeder Intensität und Qualität bilden die Übergangsschwelle in den dauernden Zustand des Schwachsinns; dennoch treten manche Formen typisch auf.“ Als solche hebt Scholz hervor, Formen mit manischer Erregung, mit depressiver Verstimmung und mit paranoischen Zügen.

Wir reihen die Hebephrenie gemäß ihrem am meisten hervortretenden Symptom in das Krankheitsbild der primären chronischen Demenz ein.

Kahlbaum ([57]) hat im Jahre 1890 sodann noch die Form der Heboidophrenie (Jugendhalbirresein) aufgestellt mit der Begründung:

1. Es gibt eine Gruppe von Krankheitsfällen des jugendlichen Alters, welche sich absolut nicht unter eine der anderen bekannten Krankheitsformen stellen lassen.

2. Diese Gruppe ist gekennzeichnet durch Veränderungen des ganzen Menschen, namentlich in dem geistigen Antheil seiner Lebenserscheinungen, sodass man diese Fälle nicht als Partialseelenstörungen und etwa bloß als Krankheiten des Handelns bezeichnen darf.

3. Außer den Symptomen allgemeinen Charakters zeichnen sich diese Fälle durch das Hervortreten moralischer Symptome aus. Aber dieselben decken nicht den ganzen Symptomenbestand und deshalb darf man aus diesen Fällen nicht eine Form des moralischen Irreseins construieren.

4. Wesentlich ist für diese Fälle die Entwicklung in den Kindheit- und Jugendjahren, jedes Vorkommen von Seelenstörungen im höheren Alter mit Vorwalten von moralischen Symptomen ist von diesen Fällen zu unterscheiden.

5. Diese Fälle schließen sich enger an die als Hebephrenie zu unterscheidenden Krankheitsfälle des jugendlichen Alters an, können mit ihnen in eine größere Gruppe als hebetische Formen von Seelenstörungen vereinigt werden, in welchen als Gattung dann die beiden Arten als Hebephrenie und Heboidophrenie zu unterscheiden sind.

Pick ([59]) betont, dass diese Krankheit schon längst von französischen Autoren gekannt und beschrieben worden ist. Wir citieren den folgenden historischen Excurs nach diesem Autor:

So hat Esquirol (1) pag. 105 schon darauf aufmerksam gemacht. Er erwähnt, dass die betreffenden in ihrer Kindheit geistig und körperlich sich normal entwickeln, dass aber, da die geistigen Kräfte nicht in entsprechendem Verhältnis zu den körperlichen stehen, jene sehr rasch aufgebraucht sind, die geistige Entwicklung stille steht; er bezeichnet solche Fälle als accidentelle oder erworbene Idiotie. Rousseau (29) pag. 27 erwähnt die primäre Demenz als äußert selten, während wieder Moreau (Psychologie morbide 1859, pag. 67) bei Gelegenheit der Besprechung der zuweilen zu beobachtenden geistigen Frühreife späterer Idioten von den Fällen Esquirol's sagt, dieselben seien recht häufige.

Den ersten tieferen Einblick in die Genese derselben hat Morel (6) gethan, der pag. 564 dieselben als eine Form des hereditären Irreseins unter der Bezeichnung Démence précoce zusammenfasst; auch er hebt die zuweilen auffallende geistige Frühreife der Candidaten für jenen frühen geistigen Tod hervor. Auch Falret (Responsabilité leg. des aliénés. Extr. du dict. encyclop. de Dechambre 1876 pag. 712) sieht in dieser Form eine der Verlaufsrichtungen des hereditären Irreseins, doch erklärt er die zuweilen hervorragende geistige Entwicklung nur für die Maske des in der Tiefe lauernden Blödsinns; ihm schließen sich Saury und Legrain, Schüler Magnans in ihren Schriften über Folie héréditaire et délire des dégenérés 1886 an, ohne das Krankheitsbild irgendwie weiter auszugestalten.

Eingehender befasst sich Langdon Down in seinen Vorlesungen (on some of the mental affections of childhood and Youth 1887 pag. 17) mit unserm Thema; er bespricht Fälle von Idiotie oder Imbecillität, bei denen der geistige Stillstand nicht zur Zeit des ersten oder zweiten Zahnens erfolgt, sondern erst zur Zeit der Pubertät und die er daher als developementale im Gegensatz zu congenitalen und accidentellen bezeichnet; außer einzelnen Zügen des Krankheitsbildes — sie werden misstrauisch, verschlossen, übergewissenhaft — wäre aus seinen Ausführungen noch besonders hervorzuheben, dass er die Schädelform der Mehrzahl dieser Fälle als cha-

rakteristisch ansieht; die Schädel sind dolichocephal und vorne keilförmig; die der Stirnnaht entsprechende Linie springt scharf vor; man darf annehmen, dass in diesen Fällen die Synostose der Stirnnaht verspätet erfolgt ist. Aus Clouston's (Journ. of Mental sc. Oct. 1888 pag. 335) unsern Gegenstand betreffenden kurzen Andeutungen wäre zu erwähnen das in dem mitgetheilten Falle deutlich hervortretende Krankheitsgefühl. Spratling (Journal of nerv. et mental disease 1889 pag. 279) erklärt die Schwierigkeit des Studiums dieser Fälle aus dem Umstande, dass dieselben meist spät zur Anstalt kommen. J. Weiss gedenkt in seiner Studie über den Schwachsinn (Wiener Med. Presse 1883, No. 40 und 41) des vorzeitigen Stillstandes der geistigen Entwicklung jugendlicher Individuen. Endlich hat sich Svetlin in dem Bericht über seine Anstalt (s. auch Wiener Med. Blatt 1890, No. 11) offenbar mit der hier in Rede stehenden Psychose eingehender befasst.

Charpentier hat in einer Mittheilung am 1. französischen psych. Congress in Rouen 1890 über Démence précoce auch unserer Fälle gedacht, die er als Démence précoce simple des enfants normaux bezeichnet; eine die gleiche Affection betreffende Arbeit, auf die sich Charpentier bezieht, stammt von Bourneville. Vigouroux (Contribution à l'étude de la démence précoce, Annales med. psych. 1894) betont, dass die Accumulation der Heredität zur Dementia praecox prädisponiert.

Auch wir beobachten, gleich Kraepelin, 2 Formen dieses Krankheitsprocesses, solche mit ruhigem, fast unmerklichem Beginn und Verlauf, und solche mit stürmischer Entwicklung und Verlaufsweise.

a) Ruhige Form.

Fall 77. G. H. 18jähr. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, Mutter gesund, 1 Bruder des Vaters geistesschwach und von abnormem Charakter. 4 Geschwister gesund, Patient ist das zweite Kind, die Geburt verlief gut, war nie schwer krank, lernte gut, onaniert seit dem 10. Lebensjahr, in den

3 letzten Jahren sehr stark. Seit einigen Monaten fiel Patient auf durch eine gewisse Zerstreutheit und Apathie, sowie durch beständige Klagen über Müdigkeit und Abgespanntheit. Daneben äußerte er religiöse schwärmerische Ideen, er wolle Missionär werden, er wisse, dass Gott ihm ganz besonders helfen werde. Hie und da war die Stimmung sehr gereizt und streitsüchtig. Der Schlaf und Appetit waren sehr gut.

Status bei der Aufnahme. Klein, schwächlich gebaut, blass, anämisch, Stimmung ruhig, gedrückt, gibt Onanie zu, erzählt, dass er seit 2—3 Jahren Ejaculationen habe, nie spontane Spermatorrhoe.

Während des Anstaltsaufenthaltes macht sich ein erheblicher Grad von Schwachsinn geltend, während sich das Gedächtnis als recht gut erweist. Patient verhält sich ruhig, lebt sorglos in den Tag hinein, macht sich keine Gedanken über die Zukunft, betont stets mit großem Nachdruck, dass es durch die Bibel verboten sei, am Sonntag zu arbeiten, freut sich, dass er hier ein müßiges Leben führen kann. Es zeigt sich mehr und mehr auch in ethischer Beziehung große Schwäche, Appell an seine Ehre lässt ihn völlig kalt. Körperlich befindet sich Patient wohl, nimmt zu an Gewicht, schläft gut. Nach 3monatlicher Behandlung Entlassung.

Fall 78. B. H. 21jähr. Großmutter mütterlicherseits war geisteskrank, ebenso 2 Brüder derselben und 1 Sohn, Mutter von melancholischem Temperament, Vater gesund, ebenfalls 4 Geschwister des Patienten. Die Geburt verlief normal. Patient war als Kind gesund, aber stets eigenthümlich, zurückgezogen, lernte in der Schule und an der Universität mit großem Erfolg. Als Student sehr menschenscheu, enthielt sich fast ganz des Alkohols. Allmählich beobachtete seine Umgebung zunehmende Interessenlosigkeit und Apathie, Patient fieng an, bestimmten Leuten auszuweichen, weil er meinte, sie hätten etwas gegen ihn, glaubte auch, der Herr Pfarrer hätte bei einem Begräbnis die Nase über ihn gerümpft, machte sich unnöthige Sorgen über seine Zukunft, fürchtete, er werde ein Bettler. Vor $^1/_2$ Jahr wurde Patient zum Militär eingezogen, fiel dort auf, weil er oft starr vor sich hinsah und keine

rechte Antwort gab, wurde deshalb als „Melancholiker“ entlassen. Zu Hause wollte er nicht mehr essen, war oft ganz verdutzt, fürchtete sich vor allzu großer Schwäche, glaubte, er habe einen Frost, wisse es aber selber nicht, alle 2 Monate habe er ohne Erection des Gliedes eine Pollution, worüber er sich viel Sorgen macht. Patient ließ meist in stiller Verzweiflung den Kopf hängen, schrie bisweilen laut auf und athmete tief, klagte viel über Kopfweh und Bauchschmerzen, befürchtete, dass daraus Unterleibs- und Gehirn-Entzündung entstehe, äußerte überhaupt vage Befürchtungen, wurde schon bei geringem Räuspern derart erschreckt, dass er voll Furcht aufsprang und „Mutter, Mutter“ rief. Hallucinationen waren nicht nachweisbar, auch nicht Onanie.

Status bei der Aufnahme. Schmächtig, mager, Puls 72, kräftig, Pupillen weit, Patellarreflexe erhöht, Gesicht geröthet, Blick ängstlich. Patient macht geistig einen sehr schwachen Eindruck, ist sehr scheu, hält den Kopf tief gebeugt, lacht bisweilen vor sich hin, gesticuliert dabei; seine Antworten sind kurz, abgerissen, das Denken erschwert. Der Appetit ist mäßig, der Schlaf gut. Während des Anstaltsaufenthaltes keine Änderung, nach 4 Wochen Entlassung.

Fall 79. S. C. 22jähr. Keine Heredität für Geisteskrankheiten nachweisbar, Eltern gesund. Patient war stets gesund, mäßig begabt, fiel mit 7 Jahren auf den Kopf. Seit Beginn der Pubertät zeigte sich zunehmende geistige Schwäche und schwermüthige Stimmung, die bisweilen mit Erregungszuständen abwechselte. Patient sonderte sich von den andern immer mehr ab, wurde immer mehr apathisch, wortkarg.

Status bei der Aufnahme. Mager, blass, Patellarreflexe gesteigert. Patient zeigt völlige Zusammenhangslosigkeit des Denkens, macht einen hochgradig schwachsinnigen Eindruck.

Während des 6jährigen Anstaltsaufenthaltes ist Patient in dem gleichen psychisch gehemmten Zustande. Er sitzt meist am gleichen Fleck, den Kopf zwischen die Schultern eingezogen, meist sprachlos, selten einmal einige abgebrochene Worte hervorstoßend, nur auf sehr starke Reize ist ein Gedankenablauf hervorzurufen. In den Garten geführt, geht

er wie eine automatische Figur seinen gleichen Weg, anderemale übt er starren Widerstand bei passiven Bewegungen aus. Der Gesichtsausdruck zeigt viel jähen und äußerlich unmotivierten Wechsel, bald einfältiges Lachen, bald Zorn. Hie und da machen sich plötzliche Wuthparoxysmen geltend mit Zerstörungssucht, worauf Patient wieder rasch in den alten, stumpfen Zustand verfällt. Im Stuhl und Urin ist Patient unreinlich, hat guten Appetit, nimmt auch zu an Gewicht. Im 6. Jahr Auftreten von Husten, Diarrhoen mit unregelmäßigem Fieber, rascher Kräfteverfall und allmählicher exitus letalis.

Anatomische Diagnose: T. b. c. pulmonum, T. b. c. intestinorum, Peritonitis perforativa. Gehirn sehr blass, Ventrikel nicht erweitert, Ependym nicht granuliert. Gewicht 1440.

Fall 80. E. A. 20jähr. Eltern gesund, Großmutter des Vaters habe als „gestört" gegolten, 3 Geschwister gesund. Patient entwickelte sich normal, lernte zur Zeit gehen und sprechen, machte in der Schule gute Fortschritte Vor 2 Jahren erhielt er durch einen Mitgesellen Schläge auf den Kopf. Schon vor $1^1/_2$ Jahren fiel Patient durch zeitweises unmotiviertes Lachen auf; anfangs des letzten Jahres gieng er auf die Wanderschaft, blieb aber nirgends lang, bettelte oft herum, kam dann nach Hause, gieng plötzlich wieder fort. Außer dieser unmotivierten Reiselust und häufigem einfältigem Lachen soll nichts Auffälliges zu bemerken gewesen sein. 1 Woche vor der Aufnahme lachte er continuierlich, verzog sein Gesicht, am nächsten Tag entkleidete er sich, verschmierte sich mit Mist. Die folgenden Tage arbeitete er nichts mehr, lachte in einemfort, machte dazwischen Purzelbäume oder gieng beständig rückwärts und im Kreise, machte mit den Armen und Beinen merkwürdige Gesten, verzog sein Gesicht, kniff die Augen zusammen, sagte, er wisse nicht, was er mache. Appetit und Schlaf ungestört.

Status bei der Aufnahme. Gesundes Aussehen, kräftiger Körperbau, rechte Schädelhälfte stärker entwickelt als linke, Gesichtsausdruck verschmitzt, Pupillen reagieren gut, Zunge rein, auf dem Schädel und im Gesicht keine Narben, erster

Spitzenton des Herzens dumpf, Patellar- und Hautreflexe schwächer als normal, Sensibilität abgeschwächt, besonders links; kein Romberg, Gang normal, nur wenn Patient sich selbst überlassen wird, macht er gleich abnorme Bewegungen, hebt bald das eine, bald das andere Bein, geht rückwärts, schließt die Augen, verzieht das Gesicht, lacht einfältig, rechnet schlecht ($2 \times 3 = 9$, $6 \times 7 = 30$ etc.), liest ordentlich. Name, Geburtsjahr und Herkunft gibt er richtig an. Die Schrift zeigt geheimnisvolle Schnörkel und Zeichen.

Die weitere Beobachtung zeigt ein albernes, läppisches Gebaren, zerfahrenes Denken, eine Unfähigkeit zu jeder selbständigen Leistung. Das Zusammenhangslose äußert sich besonders auch in den Briefen.

Patient ist kaum zu Arbeiten zu verwenden, neigt beständig zu losen Streichen, verschmiert sein Gesicht mit Koth, antwortet auf alle Fragen: „ich weiß es nicht“. Beim Gehen macht Patient riesige Schritte, kehrt dann plötzlich um, lacht laut auf, grimassiert. Allmählich wird Patient immer wortkarger und scheuer, sondert sich von den andern ab, weint oft, wälzt sich auf dem Boden, wenn man ihn zu einer Arbeit anhalten will.

Springt etwa einmal in Sätzen durch den Garten, bald mit dem einen, bald mit dem andern Fuß fest auftretend, macht Drehungen mit dem Rumpfe, mit den Händen und Füßen, doch im ganzen viel seltener als anfangs. Somatisch besteht völliges Wohlbefinden, auch die Nächte sind ruhig. Nach 5wöchentlichem Aufenthalt Entlassung nach Hause.

Fall 81. W. E. 22jähr. Eltern gesund. Patient ist das einzige Kind, war stets etwas scheu, aber ordentlich begabt und stets gesund. Die ersten Symptome von Erkrankung zeigten sich vor ca. 1 Jahr. Die Umgebung bemerkte auffällige Zerstreutheit und Apathie, daneben unmotiviertes Lachen, Unlust zur Arbeit. Später fieng Patient an zu beten, sagte die Gebete rasch und gleichgiltig her, wurde wortkarg, zuckte viel mit den Achseln. Während des Anstaltsaufenthaltes zeigt sich progredienter Schwachsinn mit apathischem, scheuem, eigensinnigem Wesen. Auf Fragen abgerissene Antworten

oder dummes Lächeln, keine Arbeitslust. Appetit und Schlaf gut. Nach 4 Wochen Entlassung.

Fall 82. G. M. 20jähr. Eltern geistig gesund. 2 Schwestern der Mutter geisteskrank, 1 Bruder ebenfalls. Patientin war stets vergnügt, fleißig, lernte leicht, war nie krank, Menses unregelmäßig. Seit 2 Jahren Änderung. Träumerisches apathisches Wesen, unmotiviertes Lachen. Die letzten 3 Wochen gereizte Stimmung, Schimpfen, Schlaflosigkeit, viel Kopfcongestionen.

Gegen das Ende des Anstaltsaufenthaltes ist Patientin mehr thätig, arbeitet, doch fehlt jede Spontanität, sie bedarf der äußeren Anregung. Auf Anreden stets schwach reagierend, mehr mit Lachen als mit Worten, viel mit „ich weiß es nicht". Äußerlich geordnet und nur durch das Lachen auffallend. Gesichtsausdruck meist unbeweglich, mehr stumpf, keine Hallucinationen und Wahnvorstellungen. Häufiger Stimmungswechsel, wiederholt erotische Erregung, die Menses treten 2mal ein und verlaufen ohne Beschwerden und bei ruhigem psychischen Verhalten.

Fall 83. F. F. 21jähr. Vater geistig beschränkt, Onkel der Mutter schwachsinnig, 1 jüngere Schwester der Patientin schwachsinnig, 2 gesund. Patientin war nie krank, lernte gut, Menses unregelmäßig. Seit 2 Jahren Zerstreutheit, Arbeitsunlust, Drang zum Fortlaufen, unmotiviertes Lachen.

Status bei der Aufnahme. Guter Ernährungszustand, Schädel asymmetrisch, linke Hälfte stärker entwickelt als die rechte. Schwachsinniger Gesichtsausdruck, stumpfes Verhalten, sprachlos, Änderung des Ortes erst auf wiederholtes Geheiß, zeitweise blödes Lachen, bisweilen plötzliche Bewegungen der Augenbrauen oder verwundertes Fixieren der Umgebung. Onanistische Bewegungen mit Becken und Oberschenkeln. Die Menses bringen keine Änderung des stumpfen Verhaltens. Nach $3^1/_2$monatlichem Anstaltsaufenthalt Entlassung.

b) Aufgeregte Form.

Fall 84. S. F. 19jähr. Keine hereditäre Belastung. Patient entwickelte sich bis zum 4. Jahr normal, lernte zur Zeit

gehen und sprechen. Mit 4 Jahren angeblich schwerer Typhus mit nachfolgender Taubheit. Das Sprachvermögen war nach $1^1/_2$ Jahren noch vorhanden, wurde aber allmählich verlernt. Patient wurde dann in einer Taubstummenanstalt erzogen, wo er recht gute Fortschritte machte. Körperlich war er sonst stets gesund, nie Krampf- oder Schwindelanfälle, Enuresis oder Zungenbiss, Charakter gutmüthig, solid. 2 Wochen vor der Aufnahme fiel Patient gegen eine Maschine, lag einige Zeit bewusstlos, klagte nachher über Kopfweh, Ohrensausen und Schwindel. Als er wieder bei sich war, war er sehr enttäuscht und unglücklich, da er erwartet hatte, nach diesem Unfall wieder das Gehör zu erlangen. Der bisher so ruhige und pünktliche Mann wurde unordentlich, schweifte zwecklos umher, gieng viel in die Kirche, sprach davon nach Rom zum Papst zu gehen, erzählte, es gebe Krieg zwischen Frankreich und Deutschland und er sei zum Oberst ernannt. Der Appetit war schlecht, der Schlaf mangelhaft. Patient wurde aufgeregt, trat wüthend vor seine Mutter und sagte: „Wo ist der Vater, wo ist der Bruder, wo ist die Schwester? Der Vater verdammt, der Bruder verdammt, die Schwester verdammt, du bist auch verdammt“. Er drohte mit Gewaltthätigkeit, sprang mit einem Stock davon, misshandelte einen Bahnwärter und setzte die ganze Nachbarschaft in Schrecken. Auch die folgenden Tage hielt diese Erregung an, Patient lief beständig fort, gieng in die Kirche, kam wieder nach Hause, um ebenso schnell wieder zu verschwinden. Er überfiel auf der Straße einen Passanten, schlug ihn blutig, rannte dann mit brennender Kerze in der Hand auf der Straße herum, wo dann seine Festnahme erfolgte.

Status bei der Aufnahme. Langgewachsen, schmächtig, Gesichtsfarbe blass, Reflexe normal, spricht die Sätze gut aus, versteht die Lippensprache, Puls 80. Ruhiges Verhalten, genau orientiert, kein Krankheitsgefühl. Gegen Mittag wird Patient aufgeregt, will fort, spricht von der Kirche, er müsse arbeiten und beten, gesticuliert lebhaft, wird gewaltthätig gegen die Umgebung, Kopf dabei geröthet.

Die nächsten Tage ist Patient ruhig, Patient schreibt

jetzt viel, nimmt jedes Stück Papier, um darauf sein Verlangen auszudrücken, dass er entlassen werde, um in die Kirche gehen zu können. Dann nimmt die Aufregung wieder zu, Patient erlässt massenhaft Proclamationen. Der Krieg sei beendet, er werde die Tochter der Königin Victoria heiraten, er wolle zum Papst gehen, unterschreibt alles mit Prinz Wilhelm. Die schriftlichen Äußerungen zeigen den erheblichen Grad von Schwachsinn, der sich mehr und mehr beim Patienten manifestiert, z. B.:

„An die hochlöbliche Regierung der Schweiz".

Die Testamente, die der Großherzog von Baden, also mein Großvater geschrieben hat, hätten müssen schon eröffnet sein, da der Vater in Riehen Dummheiten gemacht hat mit dem Tode und mit dem Sarge. Wenn der Großherzog von Baden zu meinem Erben bestimmt ist, deshalb bin ich Erbgroßherzog, nach des Großherzogs natürlichem Tode bin ich Großherzog. Zur Strafe darf der Großpapa die deutsche Grenze nie betreten und auch noch in's deutsche Reich gehen, da er der größte Blutschänder ist und als Dr. Martin Luther viele Leute zum Irrthum und Heidenthum gebracht hat. Deshalb muss er in's Zwangs- und Arbeitshaus kommen. Aber er darf nicht sterben, leben muss er, wenn ich diese Woche als Prinz das Spital verlasse, damit ich Gott recht Dank sagen kann, dass er das Volk von dem Antichristen gerettet aus dem großen Elend und Leid hat.

Die hochlöbliche Regierung von der Schweiz möge die Güte haben, die Uniform Prinz Wilhelms, die neue, oder die der Vater getragen hat, bringen, wenn das Gericht gehalten wird, will ich als Kronprinz II. erscheinen auf des Großvaters Kosten. Gesund kann ich nicht werden am Leibe, weiß aber sehr doch nicht, ob ich gesund am Leib das Spital verlassen könne, wenn ich nicht künstliche Bäder nehme. Wenn im deutschen Reiche 2 Kronen ruhen, nämlich die Königinkrone von Preußen. Derselbe ist des Vaters Erbe, die zweite (Kaiserkrone wohl in Berlin vacant), von dieser Krone bin ich Erbe, also Erbprinz genannt und zugleich auch Kronprinz II., ohne Krönung ist man ja gewiss kein König

und Kaiser. Da am Sonntag gearbeitet wird, bin ich wohl Fürst Bismarck.

P. S.

Da haben wir den doppelten Bruch und alle anderen im Hause halten den heutigen Tag für Mittwoch, also Franz, frei! ledig; während ich nach dem Sonntag den 9. Mai Tagelang 1 bis 2 Tag im Bett bleiben musste. Noch etwas von der bösen Großmutter im Feuer, während der Bub eingesperrt ist. Eine lustige Sache, das von der bösen Großmutter, die nicht wünschte, dass der Bub nur ein schwarzes Mädchen heiraten sollte.

Wilhelm todt. Friedrich lebendig.
Friedrich lebendig. Wilhelm todt.

Patient ist unermüdlich im Schreiben, drängt immer gewaltsam fort, springt lebhaft gesticulierend umher, betet nachts bisweilen laut, kniet am Boden, macht Äußerungen, dass er ein anderer sei, dass er für das Wohl seiner Mitmenschen predigen müsse, hält sich auch für den Papst. Allmählich wird Patient ruhiger, die Größenideen blassen ab, er schreibt nur noch selten und dann des Inhalts, dass er sich zusammennehmen und nicht mehr soviel von Religion und hohen Personen reden wolle. Das Resultat ist eine kindisch läppische Schwachsinnsform. In diesem Zustande wird Patient nach 3monatlichem Anstaltsaufenthalt transferiert.

Fall 85. V. A. 16jähr. Vater Potator, keine Psychosen in der Familie. Geburt normal, Entwicklung gut, gut gelernt, nie krank, stets still und schüchtern, Menses seit $^1/_2$ Jahr aussetzend. Seit 6 Wochen Veränderung; Patientin sprach verworren, saß den ganzen Tag brütend da, hatte wenig Appetit und Schlaf, Äußerungen von Versündigungswahn, der Heiland wolle nichts mehr von ihr wissen. Seit 5 Tagen Aufregung. Sprang umher, lachte, weinte, sagte, man solle sie tödten, sie sei zu schlecht, um zu leben, oder sie wolle sich selbst tödten. Dann wieder Depressionsstadium mit Schlaflosigkeit.

Status bei der Aufnahme. Anämisch, gracil gebaut. Gesichtsausdruck interesselos. In intellectueller Beziehung

Zustand eines 10jährigen Kindes. Scheues, apathisches Verhalten. Beantwortet die wenigsten Fragen.

Die nächsten Tage ist Patientin gereizt, unfolgsam, gewaltthätig, Aufführung eines ungezogenen Kindes, reißt Pflanzen ab, wirft sich auf den Boden, schlägt drein, schimpft, schreit. Anderemale führt sie erotische Gespräche mit dem Arzte, sie sei niedergekommen, lacht dazu einfältig, bewegt den Kopf hin und her. Jeweils beim Erscheinen der Ärzte wird Patientin erregter, springt dann umher, lacht unmotiviert, schlägt drein, grimassiert. Beim Besuch der Mutter unfreundlich, nachher wie rasend. Dieser Zustand hält 4 Monate an. Allmählich tritt Beruhigung ein, die aber auch jetzt noch vorübergehend durch rohe, gewaltthätige Aufführung unterbrochen wird. Nach 7monatlicher Behandlung wird Patientin nach Hause entlassen. Psychisch steht sie auf der Stufe eines recht unartigen 6—8jährigen Kindes. Sie geht, wie sie gekommen ist, hat keinen Begriff von dem, was mit ihr geschieht, erkundigt sich über nichts, macht das gleiche ausdruckslose Gesicht. Somatisch hat sich Patientin bedeutend erholt, zeigt gesunde Gesichtsfarbe, der Appetit ist sehr gut. Die Menses traten während der Krankheit 3mal auf ohne Beeinflussung derselben, blieben die letzten 4 Monate wieder ganz aus.

Vorkommen.

Nach Kraepelin [26] beträgt die Häufigkeit der Dementia praecox 5—6 % seiner Aufnahmen, davon mehr als die Hälfte zwischen dem 16. und 22. Lebensjahr und zwar ist das männliche Geschlecht 3mal so häufig vertreten. Pick [59] findet die primäre chronische Demenz meist in der Pubertät und den anschließenden Jahren, betont aber, dass auch jenseits des 20. Jahres solche Fälle nicht selten sind. Die Hebephrenie nach Kahlbaum findet

Hecker [36]	unter	500	Psychosen:	14mal	= 2,8 %
Schüle [16]	„	600	„ :	2 „	= 0,3 „
v. Krafft-Ebing [19]	„	3000	„ :	8 „	= 0,3 „
Sterz [42]	„	1000	„ :	9 „	= 0,9 „
Fink [48]	„	1892	„ :	16 „	= 0,9 „

Unsere Fälle vertheilen sich auf 6 männliche und 3 weibliche Individuen.

Ätiologie.

Nach dem Vorgang Morels fassen die französischen Autoren diese Krankheit als eine Form des hereditären Irreseins auf (so Falret, Laury, Legrain, Vigouroux), Svetlin will die Krankheit ausschließlich bei weiblichen Hereditariern gefunden haben. Hecker ([36]) findet die Hebephrenie meist bei Individuen, die durch gewisse Verhältnisse (häufig körperliche Krankheiten, besonders häufig Kopfverletzungen, Onanie etc.) in ihrer körperlichen und besonders geistigen Entwicklung von früh auf etwas zurückgeblieben sind. Eine gewisse Beschränktheit und Trägheit besteht schon in der Kindheit, doch nicht so hochgradig wie bei der Idiotie. Dieselbe bilde die disponierende Ursache, als occasionelles Moment wirken häufig psychische Alterationen.

Fink ([48]), Sommer ([24]), Sterz ([42]), Scholz ([66]) betonen den degenerativen Charakter dieser Krankheit, ihre endogene Natur. Psycho- und neuropathische hereditäre Belastung oder erworbene neuropathische Constitution durch Masturbation fand Fink in allen Fällen; nach ihm tritt bei neuro- oder psychopathischer Belastung die geistige Störung im Pubertätsalter von allen anderen Krankheiten am häufigsten unter dem Bilde der Hebephrenie zu Tage. Dieser Satz gelte unbeschränkt beim männlichen Geschlecht, beim weiblichen trete die hysterische Psychose äquivalent für die Hebephrenie ein. Sterz beobachtete in allen Fällen theils somatische, theils psychische Zeichen der Degeneration, von Krafft-Ebing fand in 8 Fällen stets körperliche Degenerationszeichen. Langdon Down und Svetlin (citiert nach Pick) sehen die Ursache in bei allen Fällen nachweisbaren Schädeldifformitäten. Svetlin definiert dieselbe als „Dolichocephalie bei frühzeitiger Synostose der Pfeilnaht oder Clinocephalie bei vorzeitiger Synostose der Pfeil- und Schläfenbeinnaht ohne compensatorische Vergrößernng des übrigen Schädels“.

Pick ([59]) gibt an, dass in einzelnen Fällen der primären chronischen Demenz sich eine verschiedenartig bedingte, resp. in verschiedenen Anomalien des Schädelbaus sich ausprägende Hirnkleinheit findet, in anderen Fällen ist eine solche nicht nachweisbar, sind vielmehr andere nicht im Schädelbaue sich ausprägende pathologische Zustände anzunehmen.

Von anderen ätiologischen Momenten erwähnt er überstandene somatische Erkrankungen, namentlich fieberhafte, infectiöse (z. B. nach ganz leichter Influenza). Doch ist Pick geneigt, diese Fälle von den einfach aus der Entwicklung heraus entstehenden abzutrennen.

Kraepelin ([26]) macht die gewiss sehr richtige Angabe, dass in der mächtigen körperlichen und psychischen Umwälzung während der Entwicklungszeit die wesentlichen Entstehungsursachen für jene Formen des Irreseins zu suchen sind. Kraepelin findet in 70 % der Fälle Heredität, oft Entartungszeichen. Er betont, dass die ursprüngliche Begabung meist gut, sogar vortrefflich sei. Kraepelin vertritt die für uns sehr plausible Ansicht, dass es sich bei dieser Krankheit um eine Selbstvergiftung handle, nicht um ein Versagen unzulänglicher Anlage. Er vermuthet einen näheren oder entfernteren Zusammenhang der Krankheit mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen.

Bei unseren 9 Fällen besteht einmal directe, 4mal indirecte hereditäre Beanlagung. In 8 Fällen ist die ursprüngliche Begabung gut (darunter 2mal recht gut), in 1 Fall mangelhaft. 3 unserer Kranken zeigen von Kindheit an abnormes Naturell (scheues Wesen), bei 2 sind Fall oder Schlag auf den Kopf, bei 2 Masturbation, bei 1 schwere Infectionskrankheit vorausgegangen. Bei 2 ist unregelmäßiger Schädelbau nachweisbar. Die weiblichen Kranken zeigen vom Beginn der Geschlechtsreife Menstruationsanomalien.

Der Verlauf

ist ein regelmäßig fortschreitender. Die Symptome psychischer Umänderung und intellectueller Schwäche waren bei 3 unserer Kranken erst wenige Wochen bis Monate vor der Aufnahme in die Anstalt aufgetreten, bei 5 : 1 — 2 Jahre, bei 1 : 8 Jahre.

Der Ausgang

ist bei allen unseren Fällen ein Zustand geistiger Schwäche, der mit der früheren geistigen Beanlagung in grellem Widerspruch steht. Auch die angeführten Autoren betonen die infauste Prognose, mit Ausnahme von Krafft-Ebing (19), welcher in einem Fall Genesung, in einem andern dauernde Besserung beobachtete.

Allgemeine Symptomatologie.

Die Entstehungszeit im jugendlichen Alter verleiht sowohl dem Entwicklungs- wie dem schwachsinnigen Endstadium ein eigenthümliches Gepräge, die hebephrene Färbung. Dahin gehören das Triebartige in den Handlungen, das Gesuchte und Stereotype in Haltung und Bewegung, das Gezierte in der Sprechweise.

2. Dementia paralytica progressiva.

Die progressive Paralyse im jugendlichen Alter gehört nach der Ansicht aller Autoren zu den klinischen Seltenheiten. Ihr Vorkommen im zweiten Lebensdecennium sogar in dessen ersten Hälfte beweisen Beobachtungen aus den letzten 10 Jahren. Wir können denselben keine Beispiele beifügen, beschränken uns deshalb auf Anführung der uns aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle.

Sacki (67) stellte 1894 17 genauer beschriebene Fälle zusammen und fügte denselben 1 eigene Beobachtung bei, Gudden (88) konnte im gleichen Jahre 20 Fälle auffinden und theilte gleichzeitig 3 weitere eigene Beobachtungen mit, im Jahre 1895 berichtete Streitberger (89) über 41 Fälle (2 eigene Beobachtungen), Duguet und Fournier (90) über 42 Fälle (2 eigene), Justschenko (93) über 33 Fälle, dazu 3 eigene. Außerdem veröffentlichten Hirschl (91) 2, Lührmann (92) 1 Fall.

Nach Sacki und Gudden entspricht der klinische Verlauf im allgemeinen der einfach dementen Form der Paralyse Erwachsener, die charakteristischen Größenideen werden

selten beobachtet. Nach Sacki kommen ausgesprochene Tobsuchtsanfälle nicht vor, hingegen Erregungszustände zorniger Natur, auch solche auf Grund von Hallucinationen; auch Stupor, depressive Zustände, Nahrungsverweigerung wurden beobachtet. In den somatischen Erscheinungen findet Sacki keine Unterschiede gegenüber der Paralyse der Erwachsenen, Gudden betont den häufigen Mangel der Kniephänomene. Die Dauer der Krankheit betrug bei den von Sacki zusammengestellten Fällen durchschnittlich etwa 4 Jahre. Sie haben die größte Ähnlichkeit mit der progressiven Paralyse der Frauen, auch wenn es sich um männliche Individuen handelt. Es scheint nach Sacki, als ob die Krankheit mit Beginn der Pubertätsentwicklung einsetze, diese indessen hemme und nicht zum Abschluss kommen lasse. Streitberger findet die Vertheilung der Krankheit auf männliche und weibliche Jugendliche annähernd gleich, Justschenko gibt ein stärkeres Überwiegen der weiblichen Individuen an (im Verhältnis von 19 : 17). Als durchschnittlichen Beginn des Leidens findet er bei den Mädchen das 14., bei den Knaben das 16. Jahr. Das stärkere Überwiegen des weiblichen Geschlechtes erklärt er damit, dass der Organismus der Mädchen in der Pubertätsperiode bedeutend größeren Veränderungen unterworfen ist als der der Knaben.

Was die ätiologischen Verhältnisse betrifft, so wird von den meisten Autoren ausgesprochen, dass geistige und körperliche Überanstrengung, Excesse aller Art, Gemüthserschütterungen hier keine Rolle spielen. Zwei Momente werden von den meisten Autoren in den Vordergrund gestellt, die neuropathische, hereditäre Belastung und die Lues. Die erstere fand Sacki von den 18 zusammengestellten Fällen mit Ausnahme von 1 in allen, wo auf die ätiologischen Verhältnisse eingegangen wird, Streitberger in 21 von 41 Fällen. Syphilis konnte in der Mehrzahl der Fälle, die von Sacki zusammengestellt wurden, als sicher oder wenigstens wahrscheinlich nachgewiesen werden, theils an den Kranken selbst, theils nur an den Erzeugern. Nach Streitberger war unter 41 Fällen in 17 Lues sicher, in 6 wahrscheinlich, bei

13 hereditäre Syphilis, nach Duguet et Fournier waren unter 42 Fällen 29 mit hereditärer Syphilis. Die letzteren bemerken, dass ererbte Syphilis für jugendliche Personen von gleicher ätiologischer Bedeutung sei, wie die erworbene für die Erwachsenen.

Auch Justschenko fand 76 % hereditäre Syphilis. Von den 2 Fällen von Hirschl war bei 1 hereditäre Syphilis, bei Lührmann's Fall war weder Syphilis noch hereditäre Belastung. Gudden folgert aus der Erfahrung, wonach in der Kindheit erlittene Traumen öfter zur Imbecillität führen, dass die Paralyse bei den Fällen traumatischer Ätiologie in einem frühern Lebensstadium einsetzt, als sie es gewöhnlich zu thun pflegt. Unter den von ihm zusammengestellten 20 Fällen vermisste er in fast keinem schwere ätiologische Momente, unter denen Heredität, Lues und Trauma den Ausschlag geben. Er betont, je schwerer die Belastung, um so frühzeitiger kommt die Paralyse zum Ausbruch.

III. Die combinierten Psychosen.

1. Die Neuropsychosen.

Die Neuropsychosen stellen Krankheiten des centralen Nervensystems dar, bei denen die physische und psychische Erkrankung gemeinsam einhergeht. Art und Ausdehnung der psychischen Störung hängt von dem Charakter der zu Grunde liegenden Neurose ab.

a) Die Neurasthenie.

Das Wesen der Krankheit ist nach Arndt gesteigerte oder verminderte Erregbarkeit und Reizbarkeit des centralen Nervensystems, damit Widerstandslosigkeit gegen äußere Einflüsse also „die reizbare Schwäche". Daneben bestehen Kopfdruck, depressive Verstimmung, Schlafstörung nebst Störungen der Organe der Verdauung, der Circulation und besonders des Urogenitalapparates.

Das Vorkommen der Neurasthenie in der Kindheit, hauptsächlich aber ihr Entstehen im Pubertätsalter, wird von verschiedenen Autoren betont.

In der Ätiologie spielt vor allem die angeborene oder erworbene Schwäche des Nervensystems eine Hauptrolle. Für solche Individuen ist wegen ihrer großen Vulnerabilität die Pubertätsentwicklung eine sehr gefährliche Epoche. Dieselbe tritt bei ihnen entweder sehr früh oder sehr spät ein. Das erwachende Geschlechtsleben führt sie zu vielfachen Verirrungen, denen Selbstanklagen folgen. Erworben wird die neurasthenische Constitution durch falsche Erziehung — neurasthenisch beanlagte Kinder sollen mit großer Geduld und Nachsicht behandelt werden — geistige Überanstrengungen, sexuelle Excesse (Onanie).

Die Entwicklung ist meist eine allmähliche, oft auf geringfügigen Anlass hin. Der Verlauf ist gewöhnlich ein chronischer, remittierend- exacerbierender. Die hervorragenden Symptome sind Kopfdruck, eine Art Gemüthsdepression, gemischt mit pathologischer Gemüthsreizbarkeit, ein Nachlassen in der Ausübung geistiger Thätigkeit, Schlaflosigkeit, körperliche Ermüdung, Dyspepsie.

Arndt schildert diese jugendlichen Neurastheniker, „sie interessieren sich für diesen oder jenen Zweig der Naturwissenschaften und mit wahrer Leidenschaft werfen sie sich der Botanik, Ornithologie u. a. in die Arme, aber nicht sowohl die Lust zur Wissenschaft treibt sie, als vielmehr eine Reizung nach Außergewöhnlichem, nach einem zwecklosen Umhertreiben, einem gerechtfertigten Vagabundieren". Wegen des zumeist bestehenden leicht verletzbaren Selbstgefühls sind die Kranken meist in gereizter Stimmung, wegen ihrer leichten Ermüdung und der Unfähigkeit die Aufmerksamkeit zu concentrieren, entwickeln sich bei den Kranken allerhand fremdartige Vorstellungen. Levinstein [22]) bezeichnet den angeborenen Neurastheniker dieses Alters als einen, der die Eigenschaft hat, alle Lebensereignisse von früh auf in düsterem Lichte zu sehen. Sein Grundzug bildet das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit oder der zwangsmäßigen Beeinflussung. Es kommt dann zum zwangsmäßigen Auftreten unfreundlicher Vorstellungen, Gefühle und Impulse (Grübelsucht, Zweifelsucht etc.).

In körperlicher Beziehung zeigt sich in diesem Alter das Auftreten von Anomalien der vasomotorischen Functionen z. B. Herzklopfen. Der Ausgang ist selten Heilung, bisweilen Übergang in Hysterie und Hypochondrie. Unsere beiden Fälle treten gemeinsam auf mit Hypochondrie und Melancholie, bezw. mit Verfolgungswahn. Häufig ist auch der Übergang in jene degenerativen Formen des periodischen, depressiven Irreseins. Ungünstig sind die sexuellen Formen, ferner die mit frühzeitigem Auftreten von Zwangsvorstellungen.

b) Die Hypochondrie.

Hypochondrie ist diejenige Krankheit, bei der die Furcht vor schwerer Erkrankung das wesentliche Element bildet, in Verbindung mit der impulsiven Neigung seine Aufmerksamkeit auf seinen Körper zu richten und mannigfache Sensationen in krankhafter Weise zu deuten. Die Krankheit tritt schon in der Kindheit selbständig auf, wird in der Pubertät häufig.

In ätiologischer Beziehung ist auch hier von großer Wichtigkeit die hereditäre Anlage. Erworben wird dieselbe durch schlechte Erziehung, Onanie, Trauma und Erschöpfungskrankheiten. Die Hypochondrie entwickelt sich aus Störungen des Allgemeinbefindens, Ermüdungs- und Hitzegefühl, dabei frühzeitig Schlaf- und Verdauungsstörungen. Dazu kommt die Fixation der Aufmerksamkeit auf diese Vorgänge; die Kranken fangen an zu grübeln und weil sie nicht klar darüber sind, kommen sie in Angstzustände. In Bezug auf die Dauer unterscheidet man auch chronische Fälle. Der Verlauf ist ein exacerbierend remittierender.

Symptome. Die Folgen der Beschäftigung des Kranken mit seinem geistigen und körperlichen Zustande sind graduelle Steigerung seines Krankheitsgefühls mit phantastischer Übertreibung seiner Klagen, die Pathophobie, gewisse Hemmung des geistigen Mechanismus, Hervorrufung einer depressiven Gemüthsstimmung, die psychische Hyperästhesie, infolge dessen Morosität. Objectiv sind nachweisbar Störungen des Appetits und des vasomotorischen Gebietes. Nicht selten

compliciert sich die Krankheit mit Hysterie (Fall 88, 89, 90) und Neurasthenie (Fall 86).

Beim Neurastheniker führt die Reizung zur erhöhten Launenhaftigkeit, bei dem Hypochonder zur Steigerung der Pathophobie, beim Hypochonder ist Passivität, beim Hysterischen Activität.

Der Ausgang ist Heilung oder Übergang in chronisches Stadium oder in Psychosen. Emminghaus ([17]) betont die gute Prognose der Hypochondrie in der Pubertät gegenüber der infausten der in der Kindheit entstehenden Fälle. Von unseren 4 Fällen wurden 3 gebessert, 1 ungeheilt entlassen.

c) Die Hysterie.

Bei der Hysterie ist das wesentliche die abnorme Erregbarkeit des centralen Nervensystems mit intensiver Neigung zur Erschöpfung und der Wechsel der Erscheinungen im Krankheitsverlaufe.

Das Vorkommen der Hysterie ist sowohl in der Kindheit, wie in der Pubertät ein häufiges. Es ist bekannt, dass mit Herannahen der Geschlechtsreife hysterische Erscheinungen sich zu manifestieren pflegen. Schüle ([16]) betont, dass für den Ausbruch der hereditären Hysterie beim weiblichen Geschlecht kaum ein Lebensalter kritischer ist als die Pubertät.

Ätiologie. Auch hier spielt die neuropsychopathische Anlage, sowohl die angeborene wie die erworbene (durch Infections-Krankheiten, Traumen, sexuelle Reize) eine große Rolle, doch kann die Krankheit auch ohne eine solche entstehen.

Die Entwicklung ist meist eine langsame, seltener eine abrupte.

Der Verlauf ist sehr mannigfaltig, meist chronisch, charakteristisch ist das Paroxysmelle.

Unter den Symptomen treten sowohl die körperlichen wie die psychischen hervor. Unter den ersteren sind Störungen der Sensibilität (Hyperästhesien, Parästhesien, Anästhesien), der Mobilität (Krämpfe, kataleptische Starre, Convul-

sionen, Lähmungen), der Innervation der inneren Organe, des vasomotorischen und secretorischen Gebietes. Unter den psychischen Symptomen haben wir einmal die hysterische Gemüthsänderung, dann die hysterischen Psychosen. Die erstere ist charakterisiert durch die große Labilität der psychischen Reize, welche die bekannten Symptome des Stimmungswechsels, der Launenhaftigkeit, der Sucht der Schaustellung und absichtlichen Übertreibung der Leiden, der Gemüthsentartung, des Vorwiegens des sexuellen Momentes beim weiblichen Geschlecht, der Neigung zu religiösen Erregungen erzeugt. Die hysterischen Psychosen haben das Charakteristische, dass sich Symptome der Psychose mit denen der Hysterie vermengen. Ihrer Dauer nach sind es transitorische, acute und chronische. Von unseren 3 hysterischen Psychosen zeigt die eine (Fall 91) das Bild der hysterischen Manie mit hochgradiger Aufregung von manischem Charakter, Redesucht, ideenflüchtigen Delirien, daneben Convulsionen, die zweite (Fall 92) das der hysterischen Verwirrtheit mit heftiger Aufregung, tief verworrenen Delirien, Hallucinationen, untermischt mit hysterischen Erscheinungen. Charakteristisch für beide ist der kurze Verlauf, der rasche Beginn, Entwicklung und Abfall. Fall 93 endlich zeigt chronischen Verlauf, es wechseln Bilder des Stupors mit Erregung. Die Fälle 88, 89 und 90 bieten Complicationen der Hysterie mit der Hypochondrie. Auch neben der Hysterie verlaufende Psychosen kommen vor.

Ausgang. Von unseren hysterischen Psychosen wurde 1 geheilt, 1 wurde ungeheilt transferiert, 1 starb im acuten Stadium. Die 3 Fälle Hysterie mit Hypochondrie wurden gebessert.

d) Chorea.

Fast regelmäßig finden sich bei der Chorea minor psychische Störungen, sogar typische Psychosen. Sowohl Kindheit wie Pubertät stellen hiefür zahlreiche Beispiele.

In ätiologischer Beziehung ist auch hier in erster Linie die neuropsychopathische Anlage zu nennen. Die Entwicklung der Krankheit ist eine allmähliche, der Verlauf

meist ein chronischer. Das Prodromalstadium ist unbestimmt und schwankend. Die psychischen Anomalien sind leichtere oder schwerere. Man bemerkt Änderung des Charakters, bizarres Gebahren, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit. Anderemale beobachtet man Lustigkeit mit albernem Lachen, dann wieder Traurigkeit, oder aber Wechsel zwischen Exaltation und Depression mit Angstzuständen. Oft steigert sich die Erregung zu Wuthausbrüchen mit Gewaltthätigkeit. Dann stellen sich ausgesprochene intellectuelle Störungen ein, Schwäche des Urtheils und des Gedächtnisses, mangelhafte Leistungsfähigkeit. Die Intelligenz kann sich mit Heilung der Krankheit wieder einstellen. Doch behalten solche Kranke oft einen bizarren Geisteszustand. Auch manische Delirien mit unsinnigem Plänemachen und Beweglichkeitstrieb werden beobachtet. Nicht selten sind Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Daneben treten Convulsionen auf und zwar unter Umständen sehr intensiv. Gewöhnlich werden zuerst die Extremitäten erfasst und dann erst werden die Zuckungen allgemein. Die Sprache ist dabei erschwert, lallend.

Fall 95 weist außerdem Symptome auf, wie sie dem belasteten degenerativen Irresein eigen sind, wie das zwangsweise Auftreten unwiderstehlich sich aufdrängender Vorstellungen, Gefühle und Impulse, (Grübelsucht bis zu Zweifelsucht und Zwangsbefürchtungen) und Unentschlossenheit. Nach von Krafft-Ebing [19] treten auch typische Psychosen auf in Form der Manie, activen Melancholie, des dämonomanischen Verfolgungswahns.

Ausgang. Unsere beiden Fälle wurden nach jahrelanger Dauer gebessert und zwar so, dass auch die intellectuellen Fähigkeiten, die während der Krankheit sehr gelitten hatten, sich wieder hoben.

e) Die Epilepsie.

Auch die Epilepsie ist sehr häufig von psychischer Störung begleitet. Die jugendlichen Epileptiker erfordern wegen ihres, von dem der Erwachsenen theilweise verschiedenen

Verhaltens eine gesonderte Besprechung (Wildermuth bei Schüle [16]), dessen Schilderung wir im weiteren folgen).

Vorkommen. Die meisten Autoren betonen das häufige Entstehen der Epilepsie in der Kindheit und besonders im Pubertätsalter ($^3/_4$ aller Fälle). Bei unseren 19 Fällen beginnen die epileptischen Anfälle in den Pubertätsjahren 14mal, in der Kindheit 5mal. Von diesen sind 15 männlichen und 4 weiblichen Geschlechts, was der allgemeinen Erfahrung entspricht.

Ätiologie. Von großer Bedeutung ist die Heredität (6mal direct, 3mal indirect), sodann Alkoholismus (4mal) und Lues der Eltern. Manchmal fehlt das hereditäre Element und liegen fötale oder infantile Störungen vor. Direct wirkend ist der psychische Shok, daneben Schädeltraumen, (4mal), auch kann der Alkoholismus directe Ursache sein (1mal).

Symptome. Als psychische Störungen finden wir wie bei den Erwachsenen: 1, eine chronische Psychose, eine Art epileptischen Charakters; 2. ein acutes Irresein.

1. Die chronische Psychose der jugendlichen Epileptiker.

Nach Wildermuths Schätzung sind höchstens 20 bis 25% der jugendlichen Epileptiker als geistig intact zu bezeichnen, und auch unter diesen steht die Mehrzahl an der Grenze geistiger Gesundheit. Charakteristisch für die jugendliche epileptische Idiotie ist die erhebliche Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes. Die leichteren Grade von Idiotie zeichnet nach Wildermuth eine auffallende Abnahme des Gedächtnisses für längst Vergangenes in hohem Grade aus, was wir bestätigen können, dagegen fanden wir nicht das Vorhandensein eines oft recht lebhaften Krankheitsgefühls was von Wildermuth als ebenso charakteristisch und in scharfem Gegensatze zur Idiotie aus anderen Ursachen, bezeichnet wird. Eine Umänderung des Charakters leitet sowohl den Ausbruch der eigentlichen epileptischen Anfälle,

wenn letztere auf Traumen oder Infectionskrankheiten folgen, ein, als auch und zwar viel häufiger, tritt sie als Nachwirkung derselben auf. Diese Charakteränderung fällt hauptsächlich in die Pubertätsperiode, und betrifft die intellectuelle und die ethische Seite. Der Grundton ist das Morose, Gereizte, zu Misstrauen und Eifersucht Geneigte, sodann zeigt sich etwas Gewaltthätiges und Brutales in dem Benehmen. Wildermuths Erfahrungen sprechen dafür, dass diese Charakteränderung in gleicher Weise in der liebevollen Pflege des Elternhauses, wie unter der consequenten Erziehung der Anstalt oder in den kümmerlichen Verhältnissen des Proletariats sich vollziehen kann. Wildermuth macht auf 2 Eigenschaften aufmerksam, die diese epileptischen Idioten von den gewöhnlichen unterscheidet, nämlich der Grundzug der Gewaltthätigkeit und namentlich die relative Erhaltung der Intelligenz. Dem letzteren gegenüber müssen wir betonen, dass bei unseren Fällen fast durchweg die intellectuellen Fähigkeiten ganz erhebliche Einbuße erlitten haben, wie wir das auch von den im Kindesalter entstandenen Formen wissen.

Zweifellos ergeben auch unsere Fälle, dass hier in der Jugend die Häufigkeit der Anfälle von deutlichem Einfluss auf den Eintritt der chronischen Psychose ist. Wildermuth hebt ferner den Einfluss hervor, welcher die sociale Stellung auf die leichtere Form der epileptischen Idiotie ausübt. Während die der unteren Classen in der Regel früher oder später zu Landstreichern und Gewohnheitsdieben werden, entwickeln sich die social besser situierten Kranken nach der Art hebephrener Prahlhänse. Sie planen großartige Unternehmungen, tragen großes Selbstbewusstsein zur Schau, bedienen sich klingender Phrasen und Fremdwörter, was alles in grellem Gegensatz zu ihrer Unfähigkeit zu jeder geordneten Thätigkeit steht (confer Fall 102). Zwei weitere Eigenthümlichkeiten, die uns die Krankheitsbilder dieser jugendlichen Idioten zeigen, sind ihre Aufdringlichkeit sowie die häufige religiöse Färbung, die in ihren Äußerungen zu Tage tritt.

2. Acutes Irresein bei den jugendlichen Epileptikern.

Auch die Entwicklung der acuten psychischen Störungen fällt hauptsächlich in die Pubertätszeit. Dem Satz Wildermuths, dass schwere acute Formen selten sind, dass namentlich die Zustände furibunder Manie bei den jugendlichen Epileptikern fehlen, können wir nicht beistimmen. Unsere Fälle lehren das Gegentheil.

Die intercurrenten acuten psychischen Störungen theilt Wildermuth in 4 Gruppen, denen wir uns, unter Beifügen von Beispielen anschließen. Dieselben sind folgende:

1. Psychische Störungen ohne deutlichen zeitlichen Zusammenhang mit den Krampfanfällen, bezw. mit besonderer Häufigkeit oder Intensität der letzteren. Sie treten auf als acutes hallucinatorisches Delirium und als Dämmerzustände mit religiösen Delirien.

2. Psychische Störungen im Zusammenhang mit den Anfällen, aber ohne klinische Differencierung zwischen prä- und postepileptischer Psychose. Die Kranken befinden sich einige Tage vor oder nach dem Anfall in einer gereizten Stimmung.

3. Prä- und postepileptische psychische Störungen und zwar unter gleichmäßiger Wiederholung des einmal angenommenen Typus. Im Gegensatz zu Wildermuth finden wir bei unseren Kranken lang anhaltenden Stupor, wirklich ausgebildete postepileptische Psychosen, darunter die furibunde Manie. Als weitere bemerkenswerte Unterschiede gegenüber den Erwachsenen hebt Wildermuth hervor, dass sich die prä- und postepileptische Phase jeweils typisch wiederholt, ferner dass das jugendliche Gehirn vom einzelnen Anfall weniger afficiert wird als das der Erwachsenen. Prognostisch wichtig ist der schwere Charakter dieser Gruppe.

4. Die psychische Störung tritt als Aquivalent ein, wobei zahlreiche Variationen stattfinden.

Die Prognose der im Pubertätsalter auftretenden Epilepsie ist eine schlechte, besonders ungünstig ist der Ausgang bei der genuinen Form, selbst wenn eine Reihe von Jahren keine stärkeren Intelligenzstörungen aufgetreten sind. (Sommer [24].) Friedmann [62] beobachtete 1 Fall mit günstigem Einfluss der menstruellen Entwicklung auf die Epilepsie.

Casuistik. Fall 86. Hypochondrie—Melancholie—Neurasthenie.

F. H. 17jährig, Eltern gesund. Patient ist das jüngste Kind von 3, die anderen 2 gesund, Mutter 40jährig, Vater 60jährig bei der Geburt. Patient entwickelte sich ziemlich gut, stürzte im 5. Jahre 4 Meter hoch auf den Kopf, blieb 2 Stunden bewusstlos liegen, hatte eine Woche nachher Erbrechen und Kopfschmerzen, erholte sich dann aber rasch, klagte aber seither vielfach über Kopfweh. In der Schule guter Erfolg, kam mit 13 Jahren in die Lehre, wo er streng arbeiten musste. Seit 10 Jahren Onanie. In den letzten $1^1/_2$ Jahren Klagen über allgemeine Schwäche, Rückenweh, häufiges Weinen und Äußerungen des Inhalts, er gehe bald zu Grunde, er habe keine Wärme, drohte, er werde sich das Leben nehmen, daneben Verminderung der intellectuellen Leistungen. Besonders in den 2 letzten Monaten war Patient sehr deprimiert und apathisch und ganz arbeitsunfähig.

Status (bei der Aufnahme). Mittelgroß, Muskeln mäßig entwickelt, linke Gesichtshälfte kleiner als die rechte, Ohrläppchen beiderseits verwachsen, geringer Strabismus convergens links. Die Zunge zeigt leichten allgemeinen Tremor, Puls klein, Haut und Sehnenreflexe kräftig. Patient ist klar, deprimiert, still und willig. Im Beginne Vorwiegen hypochondrischer und melancholischer Elemente, stark ausgeprägtes Krankheitsgefühl, fast Krankheitsangst, gedrückte, scheue Stimmung, nachher machen sich nur noch neurasthenische Symptome geltend. Patient klagt viel über Kopfdruck, Schwindelanfälle, allgemeine Schwäche, Frostgefühl auch in der Wärme (Parästhesie des Gemeingefühls). Er

verhält sich ruhig, ist schüchtern, reagiert spärlich, ist intellectuell intact, arbeitet ohne Ausdauer, isst und schläft gut. Gewichtszunahme 10 ℔. Nach 10monatlicher Anstaltsbehandlung wird Patient versuchshalber in eine Gärtnerlehre gethan, wo er in jeder Beziehung gute Fortschritte macht.

Fall 87. Neurasthenie, Verfolgungswahn auf onanistischer Grundlage.

B. W. 20jähr. Vater jähzornig, behandelte seine Kinder roh, dessen Vater gestorben im Irrenhaus, 1 Bruder der Mutter des Vaters Potator. Von 8 Geschwistern ist 1 sehr aufgeregt. Geburt normal, geistige und körperliche Entwicklung anfangs gut, Charakter zurückgezogen, scheu. Seit dem 14. Lebensjahr blieb Patient körperlich zurück, lebte in beständiger Furcht vor seinem Vater, wurde verschlossen und düster, kam dann in eine Lehre, wo er als heimtückisch erschien, war daneben sehr misstrauisch, hielt jede Freundlichkeit für falsche Schmeichelei, klagte über Zurücksetzung. Seit 1 Jahr Klagen über Kopfweh, erklärte vor 3 Wochen nicht mehr arbeiten zu können wegen Kraftlosigkeit und Schwindel, hatte wenig Appetit, fand nachts keinen Schlaf, wollte morgens nicht aufstehen, wüthete, wenn er zur Arbeit sollte.

Status bei der Aufnahme. Großer, blasser Jüngling, Gesichtsausdruck schlaff, rechte Gesichtshälfte kleiner als die linke, rechtes Ohr verwachsen, ganz anders gebildet als das linke, Motilität und Sensibilität gut erhalten, Reflexe etwas vermindert. Patient verhält sich ruhig, schweigsam, sitzt meist in schlaffer Haltung da, zeigt keine tiefe Depression, Gesichtsausdruck eher matt als traurig, Bewegungen langsam, spricht nicht spontan, antwortet correct, klagt über Stirnkopfweh.

Während des 4monatlichen Anstaltsaufenthaltes ist Patient immer ruhig, fügsam, in seinem Wesen phlegmatisch, gedankenarm, Stimmung stets etwas missmuthig, immer Klagen über Kopfweh, Schlaf und Appetit ordentlich, Körpergewicht nimmt zu. Patient wird versuchsweise nach Hause entlassen, muss aber bald darauf in einer andern Anstalt versorgt werden.

Fall 88. C. B. 20jähr. Hysterie und Hypochondrie. Bruder des Vaters hysteroepileptisch, alle Familienglieder sehr

reizbar, Mutter körperlich sehr schwächlich. Patient war ein sehr fleißiger, begabter und solider Schüler, hat vom 13. bis 18. Jahr viel onaniert, seither häufige Pollutionen und abnorme Sensationen. In den 2 letzten Jahren allerlei nervöse Störungen, Stenocardie, nervöse Dyspepsie, Strangurie, Kopfschmerzen, Skotome, Hyperästhesie im Rachen, Brust, Rücken und Lendenwirbelgegend, ohne objective Anhaltspunkte. Kaltwassercuren, Aufenthalt im Gebirge brachten nur vorübergehende Besserung.

Status bei der Aufnahme. Mager, blass, Zunge belegt, Venensausen, Reflexe schwach bis fehlend, objectiv in körperlicher Beziehung, sonst nichts nachweisbar.

Während des achtwöchentlichen Anstaltsaufenthaltes ist Patient immer gleich missmuthig, unzufrieden, weinerlich, empfindlich, fühlt sich gleich beleidigt, klagt stets über Spannung im Kopf, Druck im Unterleib, Müdigkeit. Keine Arbeitslust. Der Schlaf wird besser, der Appetit ist stets ordentlich, die Verdauung geregelt, das Körpergewicht nimmt zu. Einmal infolge psychischer Erregung bekommt Patient Schüttelkrämpfe in allen 4 Extremitäten, die mit Frostgefühl und hoher Pulsfrequenz einhergehen und circa 2 Minuten dauern. Patient wird transferiert.

Fall 89. S. A. 19jähr. Hysterie und Hypochondrie. Eltern und Geschwister gesund. Patient als Kind kränklich, lernte in der Schule gut, war stets sehr reizbar. In der letzten Zeit geistige Überanstrengung, seit 1 Jahr Krankheitsgefühl, Patient war anfangs verstimmt, zeitweise aufgeregt, klagte über Abnahme der Leistungsfähigkeit und Spannkraft, schlief wenig, hatte viel Congestionen nach dem Kopf mit Benommenheit und Zuckungen im rechten Arm. Der Appetit war gut.

Status bei der Aufnahme. Groß und kräftig, innere Organe gesund, Sehnenreflexe schwach, Stimmung mürrisch, Klagen über Frost, Kolikschmerzen im Unterleib, Druck auf der Magengegend, große Müdigkeit.

Die ersten 3 Monate wenig Änderung. Patient beschäftigt sich fortwährend mit seinem körperlichen Befinden und seinen vegetativen Functionen, läuft stundenlang im Garten herum,

um sich zu ermüden oder seine Verdauung anzuregen. Er ist unerfindlich im Klagen über allerlei Leiden und nervöse Störungen, ist darob stets in gereizter Stimmung. Trotz milder Witterung hat er immer Angst vor Erkältung, klagt bald über Rachen- und Nasenkatarrh, bald über Halsweh, dann über Verdauungsbeschwerden, Verstopfung und Diarrhoe, obwohl der Stuhl stets normal ist. Dann wieder empfindet er Schwäche im rechten Arm, nervöse Störungen im rechten Bein, will nicht aufstehen, wisse nicht, was anfangen, die Nächte seien schlecht, durch unangenehme Träume gestört, wenn er auf der linken Seite liege, bleibe ihm das Blut stocken. Er liest wenig, zeigt blasiertes Wesen gegenüber den anderen Kranken, will immer hohe Gespräche führen.

Erst im 4. Monat zeigt sich einige Besserung. Die Nächte sind gleichmäßiger, die Klagen werden seltener, das allgemeine Befinden ist besser, die Sehnenreflexe sind jetzt von normaler Stärke. Nach 4monatlicher Anstaltsbehandlung Austritt.

Fall 90. V. P. 20jähr. Hypochondrie, Hysterie. Vater Sonderling, Mutter „nervös“. Großvater väterlicherseits war geisteskrank. 3 Geschwister sind gesund. Patientin war zuerst körperlich schwächlich, entwickelte sich nachher normal, lernte gut, war immer eigensinnig, stolz und rechthaberisch. Phantastische, abnorm religiöse Erziehung. Mit 16 Jahren Eintritt der Menses, ohne besondere Symptome, seither Menses in unregelmäßigen Zwischenräumen, oft ausgeblieben. Vor 2 Jahren Liebesverhältnis, seither viel studiert. Seit der Verlobung der jüngern Schwester gemüthlich noch mehr alteriert, wurde gegen die Eltern bösartig, drängte von Hause fort. Klagen über Leibschmerzen, Druck auf dem Herzen, Appetitlosigkeit. In den letzten 3 Wochen große Unruhe; sprang einmal zum Fenster heraus, glaubte, sie müsse sterben, war religiös exaltiert, hatte Gesichts- und Gehörshallucinationen, „wenn es schneit oder regnet, so geschieht das wegen mir“. Der Schlaf war unruhig, die Verdauung gestört.

Status bei der Aufnahme. Groß und kräftig, innere Organe gesund, Sehnenreflexe gesteigert, Patientin ist ängstlich, etwas benommen, wird dann motorisch unruhig, läuft hin

und her, will fort, jammert, sagt, dass sie hier Angst habe, sie wolle nach Hause.

Die ersten 2 Wochen sehr unruhig, will fort von hier, man wolle ihr hier Böses anthun, macht Fluchtversuche, wehrt sich dann wie verzweifelt, hat keine Arbeitslust, klagt viel über Schwindel, Kopfweh, Ohrensausen, Beklemmung auf der Brust, es schnüre ihr den Hals zusammen, dadurch gerathe sie in große Angst, zeigt ein ausgesprochen affectiertes Wesen, spricht meist mit leiser Stimme, schließt die Augenlider beim Gespräch. Der Kopf ist meist congestioniert, der Puls frequent (120). Der Schlaf ist unruhig. Allmählich wird Patientin ruhiger, beschäftigt sich, isst und schläft, hat Krankheitseinsicht, ist aber im Benehmen noch recht affectiert. Die Menses stellen sich ziemlich regelmäßig ein ohne auffallende psychische Symptome. Doch noch am Schlusse ihres Anstaltsaufenthaltes gibt sie an, dass sie hier sei, um sich feinere Umgangsformen anzueignen, ist jedesmal glücklich, wenn sie glaubt, wieder einen Einblick in die feinere Gesellschaft bekommen zu haben; in ihren Briefen nach Hause bedient sie sich stets der schwülstigsten Phrasen. Nach 5monatlicher Behandlung Entlassung nach Hause. Weiteres unbekannt.

Fall 91. W. M. 16jähr. Psychosis hysterica. Eltern gestorben, angeblich keine Heredität. 3 Geschwister gesund, lernte gut. Menses mit 14 Jahren eingetreten mit heftigen Krämpfen im Unterleib und im Halse, seither ziemlich unregelmäßig. Schon vor 1 Jahr melancholische Verstimmung, erholte sich wieder, klagte aber viel über Kopfweh. Vor kurzem infolge unbedeutenden Streites hochgradige Aufregung, motorische Unruhe, verworrenes Reden.

Status bei der Aufnahme. Gut entwickeltes Mädchen, innere Organe gesund, Kopf geröthet, hochgradige maniakalische Erregung mit lebhaft erotischem Charakter. Die Bewegungen sowohl der einzelnen Glieder als des ganzen Körpers haben deutlich hysterischen Charakter. Daneben lebhafte Convulsionen einzelner Muskelgruppen, schwärmerischer Blick, entsprechendes Lächeln, besonders in Gegenwart der Ärzte.

Patientin spricht fortwährend vor sich hin, singt (erotischen Inhalts), deckt sich ab, Augen dabei geschlossen.

Nach Verlauf 1 Woche ist Patientin völlig klar, gibt gute Auskunft, bietet ein völlig anderes Bild. Stimmung heiter, freundlich, Gesichtsausdruck normal, subjectives Wohlbefinden, Krankheitserinnerung. Nach 2wöchentlicher Behandlung Austritt. Weiteres unbekannt.

Fall 92. W. A. 18jähr. Psychosis hysterica. Eltern und 3 Geschwister gesund, angeblich keine Heredität. Schon seit 4 Jahren viel Kopfweh, leichte Ermüdung, dabei heiter. Machte vor 2 Jahren einen Landaufenthalt, entwickelte sich dabei körperlich sehr gut, so dass Patientin auf den Gedanken kam, die Leute müssten sie für gravid ansehen, verspürte auch zeitweise Krämpfe, während welcher sie Befürchtungen vor Angriffen auf ihre Ehre aussprach. Menses vor $1^1/_2$ Jahren aufgetreten, seither nur 2mal, schwach, zuletzt vor 14 Tagen. Am Tage der Aufnahme hatte Patientin wieder einen Anfall mit Krämpfen. Patientin wurde aufgeregt, schlug um sich, sprach verworren, betete beständig, fiel auf die Kniee.

Status bei der Aufnahme. Kräftig gebautes, anämisches Mädchen, Venensausen, sonst körperlich nichts Abnormes nachweisbar. Patientin gibt an, während des Anfalles bei Besinnung zu sein. Abends wieder religiöse Delirien, Patientin bittet Gott um Beistand, er möge dem Arzte die richtigen Mittel in die Hände geben, sie wolle keusch sterben wie Jesus.

Die nächsten Tage hat Patientin einen Anfall nach dem andern mit hochgradiger Exaltation, heftigem motorischem Drang und lautem Beten. Darauf mehrere Tage ruhig, dagegen immer leicht gereizt, dabei geordnet. Darauf erfolgte plötzlich wieder ein Anfall mit verworrener Exaltation, welchem die nächsten Tage noch weitere folgen. Dann tritt rasch geräuschvolles Athmen auf, unregelmäßiger Puls, Koma, Rasseln auf den Lungen, dabei Unruhe und rascher Exitus letalis nach 3wöchentlichem Anstaltsaufenthalt.

Anatomische Diagnose: Oedema pulmonum, Enge der Aorta, Myocarditis.

Fall 93. K. F. 21jähr. Psychosis hysterica. Vater gestorben an Lungenschwindsucht, Mutter litt an Hysterie. Menses mit dem 14. Jahr eingetreten, nie regelmäßig seither, einmal 3 Monate fast continuierlich, ein anderesmal $^1/_2$ Jahr ganz ausgeblieben. Bei jeder Periode Krämpfe in den Gliedern und Bewusstlosigkeit, dieser Zustand oft 2—3 Wochen. Die letzten Tage häufiger Stimmungswechsel, bald heiter, bald weinerlich, am Tag vor der Aufnahme stuporös.

Status bei der Aufnahme. Ordentlicher Ernährungszustand, innere Organe gesund, Kopf geröthet und warm, Respiration frequent, keuchend, Puls langsam (64). Tremor des ganzen Körpes, Zuckungen im rechten Arm, continuierliche Bewegungen des Kopfes nach allen Seiten. Patientin gibt keine Antwort, weint und lacht, Blick erstaunt.

Das weitere Verhalten der Patientin wechselt von Tag zu Tag. Einmal scheint sie wie im Traum, sitzt stundenlang mit in die Hände gestütztem Kopf und starren Blickes da, spricht vor sich hin, zusammenhanglos, wiederholt oft, dass sie verloren sei, dass sie niemanden habe. Die Augen und Pupillen sind dabei weit, der Puls langsam. Ein anderesmal wechselt Lachen und Weinen den ganzen Tag. Auf Fragen antwortet Patientin, „ich weiß es nicht“, sie verweigert die Nahrung, weil ihr Gott das Essen verboten habe. Oft beobachtet man Zuckungen des Körpers und der Arme. Hie und da ist Patientin ganz frei, antwortet dann gut, klagt über Krämpfe im Leib, sie habe auch Stimmen gehört; das Gedächtnis für die jüngsten Ereignisse erweist sich als schlecht. Die kleinsten Ursachen können bei ihr Krämpfe erzeugen. Zeitweise ist Patientin unruhig, erregt, sie fühlt sich sehr unglücklich, sie wisse nicht, ob sie leben oder sterben soll, anderemale ist sie zornig gegen den Arzt (sexuelle Reizung). Sie hört Stimmen, die ihr sagen, sie sei schwanger, oder solche, die sie verspotten, sie sieht Leute in ihrem Zimmer. Auch in der letzten Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes ist Patientin sehr unruhig, besonders zur Nachtzeit, während sie am Tag oft reactionslos ist, bisweilen dann plötzlich umherläuft mit erhobenem Kopf, den sie hin und her bewegt

und gegen die Wand schlägt. Auch die Krampfbewegungen des ganzen Körpers treten jetzt gesteigert auf. Die Nahrung muss mit der Sonde eingeführt werden. Nach 8wöchentlicher Behandlung wird Patientin transferiert.

Fall 94. W. T. 16jähr. Choreatische Psychose. Eltern leben, Mutter wurde 2 Monate nach dem Tode einer Tochter melancholisch (Selbstmordideen), Schwester des Patienten wurde wegen hysterischer Psychose hier behandelt (Fall 92), 3 andere Geschwister gesund. Patient entwickelte sich normal, lernte zur Zeit gehen und sprechen, war sehr guter Schüler, vor 5 Jahren schwerer Scharlach, von dem er sich vollständig erholte. Vor 1 Jahr bei der Hochzeit einer Schwester wurde Patient plötzlich aufgeregt, machte unsinnige Pläne, schwatzte durcheinander, hatte choreatische Zuckungen im Gesicht und in den Armen, war aber völlig bei Bewusstsein. Nach circa 8 Tagen legte sich die Aufregung, im Laufe des Jahres hie und da ähnliche kürzere Aufregungsperioden. Bei Anlass der Weihnachtsfeier wurde Patient wieder unruhig, bekam wieder Zuckungen in den Armen und im Gesicht, fieng an verwirrt zu reden, äußerte heftige Angst ohne bestimmten Grund, das Bewusstsein sei nie ganz aufgehoben gewesen.

Status bei der Aufnahme. Anämischer, gut entwickelter Jüngling, Puls 96, innere Organe gesund, Sehnen- und Hautreflexe etwas erhöht. Patient zuckt mit dem Gesicht, verdreht den rechten Arm und das rechte Bein, sich selbst mit dem ganzen Körper nach rechts, solche Anfälle per Minute 1—2 mal, 10—15 Secunden dauernd, von tonischem Charakter. Psychisch besteht gewisse Gereiztheit, Unzufriedenheit, Patient gibt mürrische Antwort, sagt, er gehöre nicht in die Irrenanstalt, äußert Angst, ist rücksichtslos gegen die Umgebung.

Auch die nächsten Tage beobachtet man häufige Krampfanfälle von tonischem Charakter im rechten Facialisgebiet, im rechten Arm und Bein, sowie in der rechten Rumpfmusculatur. Das Gesicht wird nach rechts verzerrt, der Rumpf nach rechts gebeugt, das rechte Bein gehoben, in gestreckter Stellung gehalten, worauf 3—5mal nacheinander energisches Sichräuspern. Selten wird die linke Seite in gleicher Weise

ergriffen. Gesichtsfarbe dabei blass, ab und zu stößt Patient einige undeutliche Worte hervor, Bewusstsein während des Anfalles nicht getrübt. Patient klagt über Schwindel während und nach demselben. Psychisch erscheint Patient intelligent zu sein, er gibt auf alle Fragen, wenn er will, gute Auskunft, rechnet ordentlich, weiß Geographie. Auch in der Folgezeit zeigt Patient bald mehr bald weniger stark die Zuckungen der rechten Körperhälfte, die sich bisweilen auch auf die linke erstrecken. Er spricht viel mit sich selbst, verdreht dabei den Kopf, hebt den einen Fuß, auch beim Gehen bemerkt man eine Unsicherheit der rechten unteren Extremitäten.

Beim Ausfragen läugnet Patient jede innere Unruhe, er höre keine Stimmen, obwohl man ihn gar nicht darnach fragt, antwortet trotzig. Die Stimmung zeigt noch immer sehr labiles Gleichgewicht, meist ist Patient gereizt, neckt gerne seine Mitpatienten. Die Nächte sind ruhiger, somatisch befindet sich Patient wohl, Appetit wechselnd. Im 5. Monat der Anstaltsbehandlung besteht immer noch große Neigung zu vorübergehenden Muskelcontractionen im rechten Facialisgebiet, in den Extremitäten, Nacken und Rumpf rechts, doch mit geringerer Stärke und Dauer wie früher, geistig ist Patient entschieden gleichmäßiger, selten verstimmt und klarer, doch für sein Alter recht kindisch. Patient wird dann nach Hause entlassen, ist in der Zwischenzeit an einer Stelle, sei vor einigen Tagen dort fortgelaufen. Seine Herrschaft sagt, er sei nicht zu brauchen, folge nicht, hätte vereinzelte Anfälle gehabt, $^1/_2$ Jahr nach dem letzten Austritt Wiederaufnahme.

Patient läuft unruhig hin und her, lacht und schwatzt, macht massenhaft mimische Bewegungen, unwillkürliche Bewegungen mit den Händen, Benehmen kindisch, Stimmung bald heiter, bald gereizt, arbeitet gerne, Schlaf und Appetit normal.

Während des 4monatlichen Anstaltsaufenthaltes nimmt Patient körperlich zu, machte in letzter Zeit auch in geistiger Beziehung gereifteren Eindruck. Patient hält sich die folgende Zeit zu Hause ordentlich, jeweils in der heißen Jahreszeit

zeigt er 3 bis 4 Wochen verändertes Wesen, wird zurückgezogen, scheu.

Im letzten Jahr wird geringere Regsamkeit und Arbeitsunlust beobachtet. Vor circa 3 Wochen wieder starke Zuckungen, dabei geistig sehr abgenommen, kaum geantwortet, wenig geschlafen, Nachlässigkeit in Arbeit und Kleidung.

$4^1/_2$ Jahre nach dem letzten Austritt Wiederaufnahme (3).

Status. Kräftig gebaut, Gesichtsausdruck kindlich, Sehnenreflexe etwas erhöht, massenhaft choreatische Bewegungen der rechten Körperhälfte. Patient sitzt den ganzen Tag am gleichen Fleck, ist scheu, gibt auf Fragen keine Antwort. Stimmung bald mürrisch, bald ängstlich, verlegen, interessenlos, vorübergehend auch heiter. Hie und da Arbeitslust, dann wieder nicht, liegt dann in gezwungener Haltung auf einer Bank mit geschlossenen Augen und lebhaften Zuckungen im Gesicht und Halse und schmerzlichem Gesichtsausdruck.

Im 3. Monat wird Patient freier, heiterer, unbefangener, gesprächiger, ist fleißig, hat Krankheitseinsicht, zeigt correctes Benehmen, Interresse für seine Angehörigen, körperliches Wohlbefinden. Patient wird nach Hause entlassen. $1^1/_2$ Jahre später neues Recidiv.

Fall 95. E. 21jähr. Hereditäre Chorea mit periodischer Verwirrtheit.

Väterliche Seite.

Großvater † Lues.			Großmutter † Apoplexie.				
1.	2.	3.	4. u. 5.	6.	7, 8, 9.	10.	
Auszehrung, Trinker.	Vater d. Pat. intelligent, normal.	† Variola,	gesund.	Trinker, beschränkt.	gesund,	geisteskrank.	

Mütterliche Seite.

Großvater † Apoplexie.			Großmutter 76jähr., gesund.			
1.	2.	3.	4. u. 5.	6.	7.	8.
Epilepsie, Lues.	Melanch.	† Cholera. †	Carc. mammae.	Mutter d. Pat. sehr aufgeregt, Migräne.	gesund.	Original, sonst gesund.

Von 5 Geschwistern des Patienten leidet ein Bruder an Chorea, die übrigen sind gesund. In der Kindheit machte Patient Diphtherie und schweren Scharlach durch, später Masern. Begabung mittelmäßig. Schon als kleiner Knabe sehr unruhig, musste einen Gegenstand, den er auf den Tisch legen wollte, immer wieder in die Hand nehmen. Gemüthsart reizbar, jähzornig. Wurde mit der Toilette nie fertig, kam stets zu spät in die Schule. Hier schon früh schreckhaft. Der Unterricht im Gymnasium war von Erfolg, bis Patient aufs Technicum kam, wo er durch Privatstunden ermüdet wurde. Seit dem 14. Jahr Onanie. Anfangs des 18. Jahres allerlei Störungen. Eines Tags beim Mittagessen plötzlich aufgeregt, glaubte, die Pensionäre am Tisch lachen und sprechen über ihn, er wurde von Angst erfüllt, begann an Armen und Kopf zu zucken, hatte Kopfdruck, die Sprache war erschwert. Es vergieng $^1/_4$ Jahr, bis sich Patient erholte, damals auch beim Gehen unwillkürliche Bewegungen, besonders starke Flexion der Beine. In der Folgezeit Abnahme der geistigen Kräfte und der Arbeitsenergie.

Im 19. Jahre, als Patient angestrengter arbeitete, fühlte er sich stets sehr matt, im 20. Jahre im Militärdienst hatte er Mühe stille zu stehen, wurde beim Ankleiden nie fertig. Nach Hause zurückgekehrt, konnte er nicht mehr arbeiten, war stets aufgeregt, bei körperlichen Anstrengungen große Dyspnoe, sprach viel vor sich hin, hallucinierte mit dem Gesicht, schloss Thüren und Fenster 20 bis 30mal hintereinander, kroch unter das Bett.

Status bei der Aufnahme. Schlank gebaut, blass, öfters Zuckungen der Gesichtsmuskeln, besonders des rechten Facialis, Sprache hie und da erschwert, leicht stotternd, Pupillen normal, Zunge gerade, zeigt fibrilläre Zuckungen, feinwelliger Tremor der Finger, Bauchreflexe lebhaft, Cremaster- und Patellarreflexe normal, kein Romberg, beständige leichte Unruhe der Beine. Kindisches Wesen, lautes Lachen über jede Kleinigkeit.

Die weitere Beobachtung zeigt, dass Patient besonders zur Abendzeit sehr unruhig ist; er geht dann meist auf und ab, die Hände sind dabei in fortwährender Bewegung, bald

zieht er an seinen Kleidern herum, macht seine Knöpfe auf und zu, die Schultern zucken bald einzeln, bald gleichzeitig, Patient athmet forciert, grimassiert, stößt knurrende Laute rhythmisch aus, macht unbeabsichtigte Nebenbewegungen, fährt mit den Extremitäten aus, häufiger Singultus und Hüsteln, Kopf dabei meist geröthet und warm anzufühlen.

Untertags ist Patient zu keiner geordneten Beschäftigung zu bringen. Am Morgen beim Anziehen wird er, wenn allein gelassen, nicht fertig, zieht sich gedankenlos an und aus, im Zimmer muss immer alles in bestimmter Ordnung aufgeräumt sein, jede Änderung wirkt beunruhigend; der Griff des Kastenschlüssels muss wagrecht stehen, der Henkel des Wasserkruges nach einer bestimmten Richtung sehen u. s. w. Patient gefällt sich darin, auf kindische Art andere Kranke zu verspotten, ist im Verkehr mit dem Wartpersonal hochfahrend. Erzählt bisweilen von Gehörshallucinationen, er hört seinen Namen rufen oder das Läuten der Essglocke, ist sich über das Krankhafte bewusst.

Nicht selten ist Patient plötzlich aufgeregt und gewaltthätig, so äußerte er eines Abends, man wolle ihn vergiften, stürzte dann fort, will sich erstechen, beschimpft die Umgebung, zerschlägt Stühle und Scheiben, gibt dann als Grund an, es sei ihm plötzlich eingefallen, seine Mutter könnte seinen Kasten zu Hause geöffnet und ein schmutziges Hemd gefunden haben. Vorübergehend ist Patient 2 Wochen deprimiert und zurückgezogen, weinerlich, auch die Muskelunruhe ist gesteigert. Er erzählt hernach, er hätte beständig den Gedanken gehabt, die Angestellten seines Vaters höhnten über ihn, der Anblick eines Messers oder einer Schere rege den Wunsch in ihm, sich das Leben zu nehmen, er müsse immerfort über seine traurige Lage nachdenken.

Patient braucht immer sehr lange zum Einschlafen, wiederholt stets die gleichen Worte, gleichsam als Antwort auf die Stimmen, die er hört, am Morgen ist er schwer aus dem Schlaf zu wecken, sitzt auf, legt sich wieder ab, zuckt in allen Muskelgebieten. Er braucht stundenlang zum Anziehen, dabei ist er ganz benommen, zuckt lebhaft, stampft auf den

Boden, stößt knurrende Laute aus. Die Stimmung ist stets gereizt, aufbrausend wegen Kleinigkeiten, viel Klagen über Kopfdruck. Beim Verlassen des Zimmers kehrt er zuweilen wiederholt um, wobei er die Thürschwelle scharf ansieht, genau sich überzeugt, ob alles am richtigen Platz ist.

Im 8. Monat des Anstaltsaufenthaltes zeigt sich einige Besserung, Patient fühlt sich freier im Kopf, steht morgens früher auf, schläft abends früher ein, die Stimmung ist heiterer, doch besteht keine Arbeitslust, Patient beschäftigt sich meist mit den Gedanken, die sich ihm zwangsweise aufdrängen, wobei er gewöhnlich motorisch erregt wird. Sein Selbstbewusstsein ist jetzt sehr gehoben, sein Urtheil sehr schwach, sein Wissen zeigt bedenkliche Lücken. Zeitweise auch jetzt noch plötzliche Erregung mit Steigerung der musculären Unruhe.

Nach 9 Monaten wird Patient entlassen, kommt später in eine andere Anstalt, kehrt dann nach Hause zurück. Zustand zur Zeit befriedigend, Patient ist arbeitsfähig, hat wenig Muskelzuckungen.

Epileptische Psychosen.

1. Chronische Psychosen.

Fall 96. S. B. 16jähr. Vater epileptisch. Patient leidet seit dem 11. Jahre an epileptischen Anfällen, alle 2—3 Tage. Seit dem 15. Jahre erhebliche Verschlimmerung des Charakters.

Status bei der Aufnahme. Mittelkräftig, keine Schädelanomalien; auf der Zunge einzelne Narben. Patient ist freundlich, geistig schwerfällig.

Patient hat während seines Anstaltsaufenthaltes gewöhnlich nachts 2—3, hie und da auch mehr, bis 15 epileptische Anfälle. Im 4. Monat constatiert man erhebliche Zunahme des Schwachsinns, engen Vorstellungskreis, verworrenes Wissen, große Gedächtnisschwäche. Unfähigkeit, neue Eindrücke aufzunehmen, völlige Gemüthsstumpfheit, zunehmende körperliche Schwäche, taumelnden Gang. Im 5. Monat Exitus letalis.

Anatom. Diagnose. Hyperaemia cerebri, Pachymeningitis externa, Pneumonia lobularis.

Fall 97. S. B. 17jähr. Eltern gesund, 1 Bruder der Mutter epileptisch, 1 Schwester der Mutter geistesschwach. Im 4. Jahr Scharlach, sonst stets gesund, geistig gut beanlagt. Erster Anfall im 14. Lebensjahr, seit dem 15. Jahr deutliche psychische Schwächesymptome. Nachdem die Anfälle 2 Jahre selten waren, sind sie seit 1 Jahr häufiger, 3—4 in 24 Stunden, bei Tag und bei Nacht. Einleitung der Anfälle durch psychische Änderung; früher trat gehobene Stimmung auf, jetzt Steckköpfigkeit.

Status bei der Aufnahme Blasses Aussehen, apathischer Gesichtsausdruck, Schädel asymmetrisch, rechte Seite stärker entwickelt als die linke, auf der Zunge zahlreiche Narben, geistig sehr verblödet, Sprache schwerfällig.

Während des 3monatlichen Anstaltsaufenthaltes 1—2mal wöchentlich ein epileptischer Anfall. In geistiger Beziehung zeigt sich ein kindisches, schwachsinniges, empfindliches Wesen.

Fall 98. S. D. 22jähr. Vater jähzornig, gestorben durch Suicidium. Patient stets gesund, lernte gut. Patient bei der Polizei berüchtigt wegen Trunksucht und Raufereien. Im 19. Jahr erster epileptischer Anfall, seither 2—3mal per Woche.

Status. Roher brutaler Mensch.

Anstaltsaufenthalt 3 Tage.

Fall 99. L A. 17jähr. Eltern gesund, Patient nie krank, ordentlich gelernt, mit 8 Jahren 4 Meter hoch gefallen ohne Bewusstseinsverlust. Mit 15 Jahren stark gewachsen, rauchte und trank viel. Vor 2 Monaten erster epileptischer Anfall, seither öfters, jedesmal mit vorausgehendem zornmüthigem Wesen. Patient war seit den Anfällen sehr eigensinnig geworden, fieng an zu toben, wenn man ihm einen Wunsch versagte.

Status. Guter Ernährungszustand. Patient macht den Eindruck eines leichtfertigen, unwahrhaften Wesens mit Neigung zu schlechten Streichen, ohne Arbeitstrieb und großem Selbstbewusstsein. Stimmung meist mürrisch und herrisch.

Fall 100. B. A. 18jähr. Vater Potator.

Schlechte Erziehung, mangelhafte Begabung, als Kind rhachitisch. Mit 13 Jahren Fall auf den Kopf, seither epileptische Anfälle, 1—2 in 24 Stunden. Seit 2 Jahren sehr reizbar und jähzornig.

Status. Sehr dement, sein Wortschatz besteht aus 3 Worten, unreinlich, unruhig, gewaltthätig.

Fall 101. B. E. 15jähr. Eltern gesund, 1 Bruder der Mutter epileptisch, Patient machte im 5. Jahr Gehirnentzündung durch, in der Schule schwer gelernt. Im 14. Jahr erster epileptischer Anfall, seit $1^1/_2$ Jahren Häufung der Anfälle, Patient wurde jetzt auffallend blöde, vergesslich, sprach undeutlich, lachte dumm, brüllte wie ein Thier, wurde körperlich schwach.

Fall 102. M. E. 20jähr. Großvater gestorben am Schlag, sonst keine erbliche Belastung. Im 2. Jahr machte Patient Gehirnentzündung durch, blieb seither geistig und körperlich zurück und litt viel an Kopfweh. Patient war von Kindheit an scheu und sehr empfindlich, neigte früh zu religiöser Schwärmerei. Im 18. Jahr Auftreten epileptischer Anfälle, die sich in der letzten Zeit häuften. Vor $^1/_2$ Jahr beobachteten die Angehörigen Änderung des psychischen Verhaltens, besonders jähen Stimmungswechsel, ferners Störungen des Gedächtnisses und des Reproductionsvermögens, welch' letztere darin bestanden, dass Patient undeutliche Erinnerungsbilder durch die Thätigkeit seiner Phantasie in wirklich Erlebtes veränderte. Außerdem wurde Patient verschlossen und lügnerisch. Patient bestellte in verschiedenen Läden, wie er angab, im Auftrage eines Predigers, welcher Leiter des christlich-musikalischen Kränzchens Euphonia sei, massenhaft Waren im Betrage mehrerer hundert Francs. Der Betrug wurde entdeckt, Patient wurde verhaftet und kam zur Beobachtung in die Irrenanstalt B. Er bekannte sein Vergehen und äußerte Reue. Er erzählte, er hätte sich mit vielen Plänen befasst, wie er das Glück erreichen könnte. Schließlich sei ihm ein herrlicher Gedanke gekommen, er wollte ein musikalisches Kränzchen Euphonia gründen, um

eine allgemeine Vereinigung sämmtlicher christlicher, musikalischer Vereine und aller protestantischer Secten zu erzielen. Durch die einflussreiche Stellung, welche er dabei gewonnen hätte, habe er gehofft, seinen pecuniären Verpflichtungen nachzukommen. Er redete auch später stets mit großem Selbstgefühl von seinen Plänen, sprach auch viel von Reue, zeigte aber daneben wenig Gemüthsreaction.

Er verfasste viele Schriftstücke, die von Lügen strotzten, in denen er sich eines schwungvollen Stiles und klingender Phrasen bediente, die in auffallendem Gegensatz zu dem völligen Mangel eines klaren Gedankenganges standen. Die Producte seiner Phantasie drängten sich ihm mit unwiderstehlicher Gewalt als wirklich Erlebtes auf. Patient wurde dann nach Hause entlassen. Dort setzte es aufgeregte Scenen ab, er wurde gewaltthätig, deshalb Transferierung in die Anstalt.

Status bei der Aufnahme. Schlank und blass, Zunge ohne Tremor und ohne Narben, Beklopfen des Schädels schmerzhaft, am Schädel sonst nichts Abnormes. Weichliches, zaghaftes Benehmen, Bewusstsein klar, Klagen über Kopfweh und Müdigkeit.

Während seines Anstaltsaufenthaltes steht sein lügenhaftes Wesen im Vordergrund der Symptome; Patient gibt sich als Pfarrer aus, spricht beständig von christlicher Liebe, schreibt Predigten, fühlt sich erhaben über seine Mitpatienten, stößt bisweilen hinfällige Kranke, beschimpft sie, höhnt hinter dem Rücken der Ärzte über dieselben, ist ihnen gegenüber von widerlicher Liebenswürdigkeit, wiegelt die anderen Patienten gegen die Anstalt auf, verspricht ihnen sie zu befreien, verhält sich gegen Tadel völlig einsichtslos. Seine zahlreichen Schriftstücke sind in schwülstigem Tone gehalten, mit sinnlosen, jeweils unterstrichenen Fremdwörtern gespickt. Er erlässt viele Beschwerdebriefe, worin er die Mitpatienten und das Wartpersonal verdächtigt. Epileptische Anfälle wurden keine beobachtet. Die vegetativen Functionen waren stets in Ordnung. Nach 1 Jahr Entlassung nach Hause.

2. Acutes Irresein.

a) Auftreten ohne deutlichen zeitlichen Zusammenhang mit den Krampfanfällen.

Fall 103. B. C. 22jähr. Vater Potator, Mutter jähzornig. Im 8. Jahr „Hirnentzündung“ mit Bewusstlosigkeit und Krämpfen, 2 Tage dauernd. Im 16. Jahr, angeblich infolge eines Schrecks Auftreten der epileptischen Anfälle. Häufigkeit derselben mäßig, wöchentlich bis monatlich, in der letzten Zeit täglich. Am 6. März wirft Patient dem Schneider beim Anprobieren eines Anzuges eine brennende Lampe nach, am 7. wird Patient laut schreiend und nackt auf der Treppe gefunden, am 8. mehrere epileptische Krampfanfälle, am 9. den ganzen Tag stuporös, in der Nacht tobsüchtige Aufregung, am 10. ganz verwirrt und drohend, am 11. ebenso, abends beruhigt, seither ruhig geblieben. Am 15. Aufnahme in die Anstalt.

Status. Kräftig gebaut, Schädel asymmetrisch, Gaumen hoch und schmal, Gesichtsausdruck stupid, völlige Amnesie über die letzte Zeit, erzählt in oberflächlicher Weise und mit schwachem Urtheil über seine früheren Erlebnisse, hält sich für gesund, auf Fragen über sein Befinden äußert er in schwachsinniger Weise, er habe Stuhl gehabt und seine Temperatur sei nicht erhöht.

Vor den Ärzten ist Patient freundlich, hinterrücks höhnend, intriguierend, brutal, aufbrausend. Während des 6monatlichen Anstaltsaufenthaltes kein epileptischer Anfall.

b) Die Psychose steht mit den Anfällen im Zusammenhang, doch besteht kein Unterschied zwischen prä- und postepileptischer Psychose.

Fall 104. R. M. 16jähr. Großvater väterlicherseits an Apoplexia cerebri gestorben, sonst keine hereditären Momente, kein Potatorium. Geburt und Entwicklung der Patientin verliefen ohne Störung, erster epileptischer Anfall mit 7 Jahren, zweiter mit 11 Jahren, seither Häufung der Anfälle, sowohl bei Tag als bei Nacht, mitunter auch solche,

wo Patientin nicht zu Boden fällt, sondern nur den Kopf verdreht, verkehrtes Zeug macht, die Arbeit wegwirft, dieselbe zerreißt.

Eintritt der Menses vor $1^1/_2$ Jahren, damals sehr zahlreiche Anfälle, dann Ausbleiben der Menses bis vor $^1/_2$ Jahr, seither recht unregelmäßig. Vor Beginn der Anfälle geistig gut beanlagt, seither rapide Abnahme der Intelligenz. Letzter Anfall vor 8 Tagen, am Tage vor der Aufnahme plötzlich große Aufregung, wirres Reden, Lachen, Weinen, Beten, Singen, Verfolgungsideen, motorische Unruhe, circa 24 Stunden andauernd.

Status bei der Aufnahme. Guter Ernährungszustand, Kopf asymmetrisch, Pupillen weit, träge reagierend, starker Tremor der Hände und Zunge, häufiger Farbenwechsel des Gesichts, Patellar- und Hautreflexe erhöht. Psychisch benommen, undeutliche, lallende Sprache.

Während des 3monatlichen Anstaltsaufenthaltes folgen sich die epileptischen Krampfanfälle 1—2mal wöchentlich. Die Kranke befindet sich mehrere Tage vor und nach den Anfällen in einer maniakalischen Aufregung mit Neigung zu Streitsucht und Zorn. In der ruhigen Zeit zeigt sie große Schwäche im Urtheil und Gedächtnis, weiß nicht, wann sie hieher gekommen, welche Schule sie besucht hat u. s. w., ist vom größten Optimismus über ihren Zustand erfüllt, hat keine Arbeitslust. Im 3. Monat bleiben die Anfälle aus, Patientin wird nach Hause entlassen.

Nach $1^1/_2$ Jahren Wiederaufnahme, da die Anfälle wieder stärker auftreten. Patientin ist in der Zeit vor und nach denselben in großer Aufregung, spricht viel einfältiges Zeug, singt und springt, äußert oft religiöse Ideen, ist sehr erotisch. Zeitweise ist die Stimmung weinerlich, auch ängstlich. Manchmal ist Patientin apathisch und starr, dann springt sie plötzlich auf, stößt gegen die Umgebung, wälzt sich am Boden.

Die Krampfanfälle treten meist wöchentlich einmal auf. In ruhigen Zeiten zeigt Patientin große Schwäche der Intelligenz. Nach wieder 6monatlichem Anstaltsaufenthalt wird Patientin transferiert.

c) Die psychische Änderung ist an den Anfall gebunden und tritt deutlich prä- oder postepileptisch auf.

Fall 105. D. W. 14½jähr. Mutter und 1 Bruder des Patienten epileptisch. Patient war bis vor 14 Tagen ganz normal, wo er einen epileptischen Krampfanfall hatte mit nachfolgender hochgradiger Aufregung und Gewaltthätigkeit. Am Tage der Aufnahme wieder Anfall mit nachfolgendem aufgeregtem Delirium. Während des 2wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes keine abnormen Symptome.

Fall 106. T. A. 15½jähr. Eltern und 7 Geschwister gesund. Patient stets gesund, lernte gut. Mit 13 Jahren Fall auf den Kopf, blutete stark aus dem Mund, war ohnmächtig, zeigte aber nichts Auffälliges mehr bis zum 15. Jahr, wo Patient den ersten epileptischen Anfall hatte, dem nach 4 Monaten der zweite folgte. Die letzten Tage vor der Aufnahme mehrere epileptische Krampfanfälle mit nachfolgender deliranter Aufregung.

Während des kurzen Anstaltsaufenthaltes zeigt Patient ein ausgelassenes, unverschämtes Wesen. Im folgenden Jahr fiel Patient in einem Anfall vom Gerüst und blieb todt.

Fall 107. K. A. 19jähr. Vater geisteskrank. Auftreten der Anfälle seit dem 15. Lebensjahr. Am Tage der Aufnahme hatte Patient starken epileptischen Krampfanfall, wurde nachher unruhig, verkannte seine Umgebung, erzählte confuses Zeug, es hätten ihn preußische Uhlanen mit vergifteten Lanzen verfolgt, auch hätten ihn mehrere Schlangen gebissen, auch in seiner Umgebung sah er feindliche Preußen, glaubte, er sei ein Hund, bellte aus Leibeskräften. Am andern Morgen ist Patient ziemlich orientiert, erzählt lebhaft von Preußen und Schlangen, weiß, wie er heißt und wo er wohnt; auf die Frage, wer ihn hiehergebracht, antwortet er: Jesus.

Während des 4wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes kein Anfall. Stimmung normal, dagegen ziemlicher Grad geistiger Schwäche.

Fall 108. F. H. 19jähr. Vater Potator. Patient stets jähzornig, stets gesund, gut gelernt, solid gelebt. Erster epi-

leptischer Anfall vor 2 Monaten, zuerst täglich 1—2 leichte, allmählich mehr bis zu 10. Nach der letzten Anfallsreihe wird Patient unruhig, wähnt sich verfolgt.

Während des 3wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes erfolgt kein epileptischer Krampfanfall. Patient erweist sich als urtheilslos, reizbar und raisonnierend.

Fall 109. R. F. 16jähr. Vater Potator, Vater der Mutter chronischer Alkoholist, Bruder der Mutter epileptisch. Patient nie körperlich krank. Mit 11 Jahren erster epileptischer Krampfanfall, anfangs seltener, später häufiger, in letzter Zeit fast jede Nacht. Nach den Anfällen unruhig, gewaltthätig.

Während des 2monatlichen Anstaltsaufenthaltes seltene und kurze Anfälle nachts. Patient erweist sich in moralischer Beziehung mehr als in intellectueller defect, hat wenig Lust zu geordneter Thätigkeit, lügt und übertreibt

Patient wird dann entlassen, vagiert 2 Jahre in der Welt herum, ist öfters in Haft. In letzter Zeit Häufung der Anfälle. 2 Tage vor der Aufnahme Tobsuchtsanfall, dann epileptische Krämpfe mit nachfolgender langer (12 Stunden) Bewusstlosigkeit.

Bei der Aufnahme ist Patient benommen, zeigt leichte kataleptische Starre der Arme, reagiert fast gar nicht, kommt nach 3 Tagen wieder zu sich, erweist sich als geistig recht geschwächt, sieht allerlei Gestalten, fühlt Schwindel.

Die ersten $1^1/_2$ Jahre erfolgten die Anfälle meist 1mal wöchentlich und in der Nacht, vorher ist Patient verstimmt und klagt gewöhnlich über Kopfweh. Das Benehmen des Kranken ist ein grobes, gewaltthätiges, er simuliert oft Selbstmordversuche, wird aufgeregt, wenn man ihn deshalb tadelt.

Im folgenden Jahr hie und da Status epilepticus, bis 60 Anfälle hintereinander, nachher 1—3 Tage stuporöser Zustand. Während der anfallsfreien Perioden ist Patient reizbar, heimtückisch, verlogen, halluciniert mit dem Gesicht. Im 3. Jahr des Anstaltsaufenthaltes deutliche Symptome von Phthisis pulmonum. Während eines Status epilepticus Exitus letalis.

Fall 110. G. J. 20jähr. Ein Sohn des Bruders des Vaters epileptisch, ein Sohn der Schwester des Vaters geisteskrank. Patient schon als Kind gewaltthätig, erhielt mit 10 Jahren einen Schlag in den Nacken, wurde 2 Stunden nachher plötzlich bewusstlos. Von da an 1—2mal wöchentlich epileptische Anfälle, gewöhnlich nachts, mit dem 19. Jahr Häufung derselben (fast täglich), zeitweise mit nachfolgenden Tobsuchtanfällen, während Patient vor denselben in heiterer Erregung ist.

Das Gleiche zeigt sich während des 2monatlichen Anstaltsaufenthaltes; in intellectueller Beziehung erweist sich Patient als sehr geschwächt.

Fall 111. W. L 19jähr. Mutter leidet an hysteroepileptischen Anfällen, der Vater der Mutter litt auch an Krämpfen und dadurch bedingter Psychose. Patientin entwickelte sich gut, ist seit dem 16. Jahr regelmäßig menstruiert, war nie krank. Letzte Periode 1 Woche vor der Aufnahme, zum erstenmal mit Schmerzen. Am Tage der Aufnahme ohne Ursache viel geweint, abends erster epileptischer Anfall. Nachher wirres Reden, sie habe Gift bekommen, sie müsse zu einer Hochzeit, meinte, sie müsse sterben. Das Gleiche am folgenden Morgen, am Abend stuporöser Zustand, wobei die Arme in kataleptischer Starre verharrten, aus dem sie nach 12 Stunden klar erwacht.

Während des 2wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes kein Krampfanfall, Patientin erweist sich als geistig und körperlich völlig normal.

d) Die psychische Störung tritt als Äquivalent ein.

Fall 112. U. J. 22jähr. Mutter litt an Krampfanfällen mit Bewusstseinsverlust, das Gleiche deren Mutter, 1 jüngerer Bruder des Patienten epileptisch. Patient bisher stets gesund, solid und fleißig, von normalem Temperament. Seit dem 17. Jahre öfters Schwindelanfälle und Kopfweh. Seit längerer Zeit ist Patient sehr jähzornig, seit 14 Tagen Änderung des ganzen Wesens, wird still, weinerlich, apathisch, klagt über Kopfweh. Am Tage vor der Aufnahme plötzlich

erregt, fasst einen Mitgesellen an der Gurgel, stöhnt nachher oft, keine Krämpfe, nur starrer Blick, auf Anfragen keine Antwort, Verkennung der Umgebung. Dieser Zustand dauert circa 15 Stunden. Völlige Amnesie.

Fall 113. F. M. 16jähr. Keine Heredität für Psychosen, Geschwister gesund. Patientin ordentlich begabt, bis zum 7. Jahr viel an Schwindel gelitten. Vor 3 Jahren wiederholte Menstrualblutungen, seither nicht mehr. Vor 4 Wochen Vater gestorben, wodurch das Kind gemüthlich sehr alteriert wurde. Am Tage vor der Aufnahme steht Patientin plötzlich auf, hat Visionen, fällt um, schlägt drein, schläft nachher fest. Am Morgen totale Amnesie. Mittags Klagen über Kopfweh, bittet plötzlich ihr die Thierchen von der Hand wegzunehmen.

Während des 3wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes ist Patientin psychisch normal, willig, vergnügt und sehr geschickt. Kein Kopfweh und Schwindel.

Fall 114. Epileptisches Element, epileptische Psychose fraglich. B. F. 15jähr. Vater Potator, Mutter nervenleidend, litt während der Schwangerschaft an schwerem Typhus, 1 Stiefschwester des Vaters gemüthskrank, 7 Geschwister der Patientin gesund. Patientin als Kind schwächlich, entwickelte sich sehr früh, mit 12 Jahren in der Schule bewusstlos und steif geworden, sprach verwirrt 8 Tage lang. Ähnliches 1 Jahr später. Begabung ordentlich, Charakter gutartig. Eintritt der Menses vor $^1/_2$ Jahr, seither unregelmäßig. 2 Tage vor der Aufnahme zornig erregt, abends ohne vorherige Bewusstlosigkeit verworrenes Reden und Personenverwechslung. Am folgenden Tag meist bei sich, erkennnt die Leute, ist zeitweise verwirrt, macht viele Bewegungen mit den Armen.

Status bei der Aufnahme. Sehr gut entwickelt, gut genährt, Schädel stark asymmetrisch, Sehnenreflexe erhöht, lebhafter Gesichtsausdruck, motorische Unruhe. Sehr unbesinnlich, kann die einfachsten Fragen nicht beantworten, bewegt viel ihre Arme und Beine, verzieht häufig das Gesicht, ohne aber etwas Krampfartiges zu zeigen, nur leb-

haftes Mienenspiel, halluciniert mit dem Gehör, glaubt, dass Leute unter ihren Füßen sprechen, hört ihre Schwester rufen, sieht auch Männer, Stimmung übermüthig.

Die ersten 14 Tage anhaltend schwer besinnlich, übermüthig, vorübergehend gereizt oder leicht gedrückt, viel mit Gesicht und Gehör hallucinierend, wahnhafte Ideen äußernd, Schlaf unruhig. Dann beginnt Patientin über Kopfweh zu klagen und sich abzusondern, wird dann plötzlich laut, schimpft, sagt, dass es nicht wahr sei, dass sie jemanden umgebracht habe. Sie ist während der Zeit zusammengekauert, schlägt fortwährend mit den Händen. Abends ist sie wieder bei sich, erzählt, wie sie gehört habe, dass man sie eines Mordes beschuldige. Von da an ist der Zustand ordentlich, nur ab und zu in den Morgenstunden Supraorbitalneuralgie, damit verbunden Eintritt lebhafter Gehörshallucinationen, dann mehr still, Stimmung gereizt, sonst immer heiter und fleißig. Nach 2monatlichem Anstaltsaufenthalt tritt Patientin aus bei gutem subjectivem und objectivem Befinden, Menses während der Krankheit nie eingetreten.

Unsere 29 Fälle von Neuropsychosen vertheilen sich auf 21 männliche und 8 weibliche Individuen.

Von ätiologischen Momenten finden wir 15mal Heredität, (dabei 11mal directe), 5mal Alkoholismus der Eltern, 5mal Onanie, 5mal Kopftraumen, 3mal geistige Überanstrengung.

In der größeren Hälfte der Fälle treten die ersten krankhaften Symptome direct mit Beginn der Pubertätsentwicklung auf. Anzeichen eines pathologischen Verlaufes dieses Processes, sich documentierend durch Müdigkeitsgefühl, Kopfschmerz, körperliche Schwäche, Unregelmäßigkeiten der Menstruation, Chloro-Anämie und Änderung des Charakters treffen wir bei der Mehrzahl unserer Kranken.

Eine deutliche Beeinflussung der Psychose durch den jeweiligen Eintritt des Menstrualflusses ist bei unseren Fällen nicht zu constatieren.

2. Die Vergiftungspsychosen.

Hieher gehören diejenigen Geisteskrankheiten, welche durch das Eindringen von Giften in den Körper erzeugt werden. Wir unterscheiden die acuten und die chronischen Vergiftungen.

Zu den acuten Vergiftungen gehören die Vergiftungs-, darunter auch die Fieber-Delirien.

Die Grundlage derselben bilden Vergiftungen, welche durch Mikroorganismen verursacht werden (infectiöse Krankheitsgifte), ferners das Fieber und endlich Kreislaufstörungen. Die Einwirkung dieser Ursachen auf die Hirnrinde ist histologisch nachgewiesen. Die besondere Art der fieberhaften Erkrankung scheint die Gestaltung der Delirien im ganzen wenig zu beeinflussen. (Kraepelin.) Es kommen leichte Grade mit Eingenommensein des Kopfes und allgemeinem Unbehagen bis zum völligen Verfall des psychischen Lebens vor.

Unter den chronischen Vergiftungen sind die wichtigsten, die durch Alkohol, Morphium und Cocain erzeugten. Wir beschränken uns auf die Skizzierung der alkoholischen, da uns für die übrigen keine Fälle zur Verfügung stehen.

Die durch den Alkohol erzeugten Psychosen sind:

1. Transitorische: Alkoholismus acutus oder der pathologische Rausch,

welcher als Raptus maniacus, als acutes hallucinatorisches Delirium, als convulsive, paralytische oder soporöse Form auftreten kann. Das Häufigste ist die Combination dieser Formen. Allen ist gemeinsam die tiefe Bewusstseinsstörung. Die Dauer beträgt einige Stunden bis Tage. Der Ausgang ist Heilung oder Tod.

2. Die acuten bis subacuten Formen oder Delirium tremens.

Das Wesentliche ist ein hallucinatorisches Delirium mit Illusionen, Visionen oder reinen Hallucinationen, das durch intercurrente lucide Zustände unterbrochen werden kann.

Daneben bestehen gewöhnlich allgemeiner Tremor, absolute Schlaflosigkeit und sensorische Störung verschiedenen Grades. Stets gehen Prodromalsymptome voraus, die als eine Art Katzenjammer zu bezeichnen sind. Der Ausbruch der Krankheit ist ein sehr plötzlicher. Die Prognose ist im allgemeinen eine ernste wegen der zumeist bestehenden Complicationen.

3. Chronischer Alkoholismus.

Derselbe erzeugt stets eine psychische Änderung, besonders des Charakters. Es zeigen sich Zornmüthigkeit, Depression, Morosität, Eifersucht, launisches Wesen, schließlich moralische und intellectuelle Defecte. Daneben finden wir stets nervöse Störungen, bestehend in Polyneuritis, Convulsionen, Tremor, körperlicher Schwäche, sensiblen Störungen, Veränderungen in den Sinnesorganen. Dabei leidet tief der ganze Ernährungszustand. Bezüglich des Verlaufes gibt es stationäre, progressive und rückbildungsfähige Formen.

1. Acute Vergiftungen.

Fall 115. K. C. 18jähr. Fieberdelirien bei Rheumatismus acutus. Keine Heredität, Eltern und Geschwister gesund. Patient bisher nie krank, von Charakter normal. Die letzten 6 Wochen vor der Aufnahme machte Patient heftigen Gelenkrheumatismus mit Pericarditis durch. Seit 14 Tagen zeigte sich Patient psychisch abnorm, wurde misstrauisch, fürchtete, dass er bestohlen werde, war sehr ängstlich, glaubte, man wolle ihn erschießen. Er wollte seine Eltern nicht mehr bei sich haben, behauptete, sie seien nicht die rechten. Der Blick war meistens starr, oft horchte Patient nach einer bestimmten Richtung. Der Schlaf war mangelhaft, die Nahrung wurde verweigert, weil Patient glaubte, sie sei vergiftet. Die Temperatur hatte 39,1° bisher nie überschritten, die Therapie bestand in Na. salic.

Status bei der Aufnahme. Sehr anämisch, Gesichtsausdruck ängstlich, an der Herzspitze Doppelgeräusch hörbar, schmerzhafte Schwellung der Hand- und Fußgelenke, Temperatur abends 38,6°.

Die ersten 14 Tage ist Patient vorwiegend ängstlich, empfindlich und wortkarg, fürchtet, er werde verhungern, die Nahrung könne er nicht zu sich nehmen, da sie nicht rein sei. Nachts ängstliche Träume. Die Temperatur ist mäßig febril. Es tritt dann Remission ein, worauf ein Recidiv folgt mit 38,8° Fieber und Wiederkehr der ängstlichen Stimmung. Das Fieber geht rasch zurück und Patient fühlt sich subjectiv wohl. Er zeigt psychisch ein Gemisch von kindlicher Renommisterei und frühzeitiger Blasiertheit. Es besteht keine Angst mehr, keine subjectiven Ohrengeräusche. Appetit recht gut. Austritt nach 5wöchentlicher Anstaltsbehandlung. Patient ist seither (8 Jahre) gesund geblieben.

Fall 116. P. P. 20jähr. Delirium typhosum. Keine Heredität, Patient heiter, stets gesund. Beginn des Typhus 7 Tage vor der Aufnahme. Temperatur zwischen 40 und 41°. Am Aufnahmstage wird Patient motorisch unruhig, deliriert, hat Gesichtshallucinationen. Dieser Zustand geht nach 3 Tagen in ein soporöses Stadium über mit Greifbewegungen und Flockenlesen. Nach weiteren 10 Tagen hört das Fieber auf und damit allmählich die Benommenheit. Es bestehen Erinnerungsdefecte bezüglich der ganzen Krankheit.

2. Chronische Vergiftungen.

a) Alkoholismus acutus.

Fall 117. O. H. 18jähr. Vater Potator, 1 Schwester der Mutter geisteskrank. Patient bisher stets gesund, schwächlich, lernte schwer, ungünstige häusliche Verhältnisse. Seit 2 Jahren trank Patient viel Wein, Bier und Schnaps. Im letzten Vierteljahr wurde er liederlich in seinen Arbeitsleistungen, stahl; in den letzten 14 Tagen schlaflos und aufgeregt. 3 Tage vor der Aufnahme Raptus maniacus mit Bedrohung der Umgebung, am Tage darauf ähnlicher Anfall mit völligem Bewusstseinsverlust. Dauer der Anfälle einige Stunden.

Fall 118. K. J. 21jähr. Keine Heredität, solide Familie. Patient bisher körperlich und geistig gesund, entwickelte sich erst mit 19 Jahren, war vorher klein und schwächlich. In

den 2 letzten Jahren trank Patient viel, hatte in der jüngsten Zeit sehr viel geistig zu arbeiten, war gemüthlich alteriert durch die Erkrankung seiner Mutter. Am Vormittag des Aufnahmetages befand sich Patient noch völlig wohl, nachmittags fällt er bewusstlos zusammen ohne Schrei und Schaum vor dem Munde und ohne Krämpfe. Nachdem er zu sich gekommen, ist er sehr aufgeregt, schlägt um sich, will beständig trinken, ist tief benommen.

Bei der Aufnahme besteht noch der gleiche Zustand. Patient macht häufige triebartige Bewegungen. Nach lauem Bade rasch Klarheit, fragt, wo er sei, warum er hieher gebracht worden, weiß alles, was vor dem Anfall passiert ist, vom Anfall selbst weiß er nichts. Kein Kopfweh, kein Schwindel. Außer Blässe zeigt Patient nichts Auffälliges, reagiert geistig gut.

b) Delirium tremens.

Fall 119. S. F. 20jähr. Eltern gesund. 1 Bruder des Patienten leidet an Chorea. Patient außer einmaligem Gelenkrheumatismus stets gesund, in den letzten 4 Jahren Potator (Schnaps). Seit 4 Tagen nach vorausgegangenem alkohol. Excess und Gemüthserregung schlief Patient nicht mehr, weil ihn Gestalten bedrängten, er wurde aufgeregt, weil er sich von einem Kriegsgericht verurtheilt sah, daneben hörte er Spottreden und Drohungen der Umgebung, so dass er sich erschießen wollte.

Status bei der Aufnahme. Kräftig gebaut, Tremor linguae et digitorum, Puls 136, unregelmäßig, Herz gesund. Patient ist tief benommen, ist motorisch unruhig, glaubt sich im Wirtshaus, sieht im Wasser Fische, an den Wänden Gestalten, hält sich für verfolgt, hört Schimpfworte, das Singen der Patienten empfindet er als höhnendes Jubelgeschrei. Nach dem Bad Rückkehr zur Besinnung, erkennt seine Umgebung, hat Krankheitseinsicht, erinnert sich an alles, was mit ihm vorgegangen, berichtet mit gutem Gedächtnis über seine Krankheit. Tremor der Glieder noch deutlich, Sprache noch hastig, bisweilen sieht Patient noch Gestalten, die er aber als krankhaft erkennt.

Seither ist Patient völlig klar, ist immer noch unruhig, zittert noch etwas mit den Händen, ist reizbar, spricht sehr rasch, das Gedächtnis ist gut, der Schlaf ruhig, hie und da Klagen über Kopfweh. Nach 3wöchentlichem Anstaltsaufenthalt ist Patient körperlich ganz gesund, ohne Kopfweh, Schwindel und Tremor. Es mangelt dagegen trotz der völligen Klarheit des Denkens jegliche Einsicht in seine persönlichen Verhältnisse, glaubt sich von Hause hart behandelt, stellt Gegenmaßregeln in Aussicht, will an seiner Krankheit unschuldig sein.

Fall 120. T. J. 16jähr. Keine Heredität, bisher stets gesund, seit $1^1/_2$ Jahren Potator (Schnaps). Am Tag vor der Aufnahme Fractur des rechten Unterschenkels, zuerst ganz bei sich, seit heute deliriert, sieht Schlangen, ist aufgeregt.

Bei der Aufnahme sehr unruhig, starker Tremor digitorum et linguae, spricht viel, will fort, halluciniert.

Am 2. Tag ruhig und klar, am 4. Tag noch starker Tremor linguae, sonst guter Zustand, wird transferiert.

Fall 121. W. R. 20jähr. Vater Potator, Patient stets gesund, seit 2 Jahren Potator (Schnaps), 3 Tage vor der Aufnahme gefallen (Hämarthros genu.) In der nächstfolgenden Nacht aufgeregt, deliriert, auch in der dritten Nacht.

Bei der Aufnahme starker Tremor linguae et digitorum, große Muskelunruhe, dreht sich beständig herum, in der Nacht Steigerung der Aufregung, Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Gefühls.

Am folgenden Tage klar, weiß von den Vorgängen der Nacht nichts, seither ruhig, klar und ohne Hallucinationen; Schlaf gut, aber noch starker Tremor.

c) Chronischer Alkoholismus.

Fall 122. K. A. 19jähr. Alkoholische Exaltation. Eltern gesund, Patient ist Zwillingssohn, Zwillingsbruder ist geistig viel weniger entwickelt. Schon mit 16 Jahren maniakalische Aufregung mit lebhaften Hallucinationen. In den letzten Monaten trank Patient ungewöhnlich viel, war oft betrunken. Seit 4 Wochen unfolgsam, sexuell aufgeregt,

nachts schlaflos. Onaniert seit dem 12. Jahr, seit dem 8. Jahr viel geraucht.

In der Anstalt zeigt sich Patient ohne jegliche Einsicht in seine Verhältnisse, ist sonst klar über die Ursachen seines Zustandes, ist körperlich wohl.

Betreffs des Vorkommens der Vergiftungsdelirien betont Kraepelin ([26]) die größere Disposition der jüngeren Altersclassen, speciell der nervös beanlagten Menschen. Bezüglich des Delirium tremens erwähnt Emminghaus ([17]), dass in den großen Statistiken über die Frequenz des Säuferwahns, die Altersclassen bis zu 15 Jahren nicht oder kaum merklich vertreten sind. Wir haben aus den Pubertätsjahren 6 Fälle.

Ätiologie. Bei den 2 Fällen von Vergiftungsdelirien ist einmal Rheumatismus acutus, das anderemal Typhus die Ursache. Beide sind hereditär nicht belastet. Bei den 6 alkoholischen Fällen besteht 2mal Alkoholismus des Vaters, hereditäre Beanlagung zu Geisteskrankheiten ist in keinem Fall vorhanden. Ein Patient war schon bei Beginn der Pubertät vorübergehend psychisch krank.

Verlauf und Ausgang. Die beiden Vergiftungsdelirien zeigen verschiedenen Verlauf. Bei Fall 115 finden wir ein ängstliches Delirium mit zahlreichen wechselnden wahnhaften Bildungen, welches 4 Monate dauert; bei Fall 116 sehen wir aufgeregte hallucinatorische Verwirrtheit, die nach 14 Tagen in Heilung übergeht

Die 2 Fälle von Alkoholismus acutus bieten das Bild des Raptus maniacus mit totalem Bewusstseinsverlust, sie dauern einige Stunden und gehen rasch in Heilung über. Vorher bestanden die durch den Alkohol bedingten Charakteränderungen.

Die 3 Fälle von Delirium tremens sind hallucinatorische Delirien mit Illusionen, Delirien, Hallucinationen und zahlreichen wahnhaften Bildungen. Die sensorielle Störung ist 2mal stark, 1mal nur wenig ausgesprochen. Die Fälle gehen nach 2—4 Tagen in Heilung über; daneben bleiben die durch den Alkohol verursachten chronischen Störungen.

Der Fall von chronischem Alkoholismus zeigt die zornmüthige morose Stimmung, das einsichtslose Wesen, das diesen Fällen eigen ist Die ersten Symptome gehen während der Behandlung zurück.

B. Angeborene Psychosen.

I. Hereditäres Irresein. (Entartungsirresein.)

Wir kommen hier zu einer Krankheitsgruppe, für die die Pubertät eine meist unvermeidliche Strandungsklippe bildet. Es handelt sich um eine defecte widerspruchsvolle Charakteranlage. Der degenerative Charakter ist tief eingewurzelt, er erleidet in den biologischen Phasen, speciell in der Pubertät nur Erschütterungen; das psychische Gleichgewicht bleibt auch nachher dauernd ein labiles. Dieses kritische Zeitalter bildet den höchsten Procentsatz in der Häufigkeit der Entartungspsychosen.

Gemeinsam ist allen diesen meist hereditär belasteten Individuen die krankhafte Unzweckmäßigkeit des Denkens, Fühlens und Wollens, körperlich ein Zurückbleiben der gesammten Körperentwicklung, örtliche und allgemeine Wachsthumshemmungen des Gehirns und Schädels. Die bei solchen Individuen auftretenden Psychosen zeichnen sich aus durch Mannigfaltigkeit des klinischen Verlaufes, zerfahrenes, impulsives, triebartiges Handeln, große Labilität des Gefühlslebens, periodische Wiederkehr und alternierenden Wechsel zwischen Depression und Exaltation mit jähem Übergang der einzelnen Phasen. Neben auffälliger Erhaltung der Intelligenz trifft man Übergang zu geistiger Schwäche. Es besteht große Neigung zu Recidiven und periodischem Charakter.

Die periodischen und circulären Psychosen haben ja meist hereditär degenerativen Charakter. Der Anfang der periodischen Psychosen fällt überwiegend häufig mit der Zeit der Pubertät zusammen. Die hier vor sich gehende Änderung ruft die schlummernde erbliche Disposition wach. (Kirn.) Kraepelin ([26]) sagt sogar, dass alle depressiven Ver-

stimmungen und manischen Aufregungen der jugendlichen Altersstufe nicht zur Melancholie, bezw. Manie zu rechnen sind, sondern dem periodischen Irresein oder den Verblödungsprocessen angehören, eine Anschauung, der wir uns an Handen unserer Fälle nicht anschließen können.

Auch die periodischen Menstruationspsychosen entwickeln sich auf Grund neuropathischer Constitution meist von der Pubertät an. Von dieser Zeit an äußern sich nervöse Beschwerden, und geringfügige Veranlassungen genügen, um zur Zeit der Menses eine wirkliche Psychose auszulösen und zwar desto früher je größer die Disposition. Im Weiterverlauf bildet sich eine gewisse Chronicität, andere Fälle genesen, besonders juvenile. (Schüle.)

Schüle ([16]) beschreibt eine choreatische Form bei jugendlichen Periodikern, bei welcher sich ein ausgesprochen choreatischer Zug durch die Qualität der manischen Entäußerungen hindurchzieht. In der Folge kann sich der geschilderte Typus umbilden und den regelrechten manischen Formcharakter annehmen. Die Stimmung ist dabei oft deutlich in 2 Perioden unterschieden, anfänglich ausgelassen heiter, in der zweiten weinerlich, schmerzlich, gereizt.

Von weiteren Formen des hereditären Irreseins sind zu unterscheiden die constitutionelle Verstimmung, das Zwangsirresein, das impulsive Irresein, die conträre Sexualempfindung und das moralische Irresein.

Die constitutionelle Verstimmung besteht in „trüber Gefühlsbetonung aller Lebenserfahrungen“ mit Gereiztheit. (Kraepelin.)

Das Zwangsirresein ist charakterisiert durch den „krankhaften Zwang im Denken“. Der Ausbruch von Zwangsvorstellungen findet am häufigsten in der Pubertät statt. Sie beginnen gewöhnlich mit Scrupeln, mit aufgeregten Befürchtungen verschiedener Art, bis dann die Krankheit ihre völlige Entwicklung erreicht hat. (Baillarger, Wille.)

Sommer ([24]) sah das Auftreten von Zwangsirresein bei Menschen, die in der Jugend Melancholie oder Manie durchmachten. Die Prognose ist im allgemeinen eine ungünstige.

Friedmann ([62]) betont, dass Zwangsideen, wenn sie besonders beim weiblichen Geschlecht, erst mit und nach der Pubertät, ohne in die Kindheit zurückzureichen, sich zeigen, bald und oft genesen.

Beim impulsiven Irresein sehen wir die Entwicklung krankhafter Neigungen und Triebe, denen jeder verständige Grund fehlt. Im einzelnen Falle tritt nur eine bestimmte Richtung der krankhaften Antriebe hervor, z. B. Brandstiftung besonders bei jugendlichen Personen weiblichen Geschlechts vor und während der Pubertät, Neigung zum Diebstahl besonders beim weiblichen Geschlecht zur Zeit der geschlechtlichen Umwälzung. (Kraepelin.) Überhaupt trifft man häufige Verbindung krankhafter Antriebe mit dem Geschlechtstrieb. Die klinischen Erscheinungen treten oft nur während bestimmter Lebensabschnitte auf, besonders in den Entwicklungsjahren, „wo der Widerstreit dunkler Gefühle und Antriebe günstige Bedingungen schafft".

Das moralische Irresein zeigt die Hauptstörung im Bereiche des Gemüths. Bei der schwersten Form hereditärer Mitgift, der ethischen Degeneration, enthüllt gerade die Pubertät die „instinctive Bösewichts-Natur". (Schüle.) Binswanger betont die große Wichtigkeit bei der Beurtheilung dieser moralisch verbildeten Individuen, dem geistigen und körperlichen Verhalten derselben während der Entwicklungsperiode nachzuspüren. Fast immer wird es dann gelingen außer der Gefühlsrohheit anderweitige Störungen auf psychischem und körperlichem Gebiete nachzuweisen.

Fall 123. W. E. 17jähr. Zwangsirresein. Mutter geisteskrank gestorben, deren Bruder auch geisteskrank. Patient von Kindheit an scheu, lernte schwer, stets gutmüthig und fleißig. In den letzten Monaten heftiges Kopfweh, dabei Auftreten von Gedanken meist angenehmer Natur, die sich nicht abweisen lassen und den Patienten an seiner Arbeit hindern, ihn zu Handlungen drängen, deren Unsinnigkeit er einsieht. Er fühlt sich durch diesen Zwangszustand sehr gequält. Patient ist ein magerer, anämischer Bursche, hat asymmetrischen Schädel- und Gesichtsbau, stark

verbildete Ohren, hält sich gebeugt, ist sehr schüchtern, reagiert auf Fragen gut. Patient wird gebessert entlassen.

Fall 124. M. M. Zwangsirresein. Patientin war von ihrer Kindheit sehr furchtsam, besonders zur Nachtzeit, dabei zeigte sie schon früh Neigung zum Grübeln in religiösen Dingen, war immer sehr erregbar. Patientin verlor früh ihre Eltern, kam dann in eine Pension, wo sie viel Heimweh litt. Mit 14 Jahren Eintritt der Periode, die von da an regelmäßig wiederkehrte, mit anfangs heftigen, später geringeren Beschwerden. Zu dieser Zeit schwanden die Befürchtungen und Zweifel, dagegen im Alter von 16—17 Jahren trat plötzlich ohne weitere Veranlassung, als dass die Kranke an Heimweh litt, während einer Handarbeit die Vorstellung bei ihr auf, der Faden, den sie gebrauche, sei nicht ihr Eigenthum. Sie konnte von nun an diese Vorstellung, fremdes Eigenthum zu haben, nicht mehr los werden, obwohl sie die krankhafte Natur dieses Vorganges wohl erkannte. Mit dem Gedanken verband sich große Beängstigung und ein intensives Gefühl der Beklemmung in der Herzgegend. Im 18. Jahr Verheiratung. Während der bald eintretenden ersten Gravidität gesellten sich die Zwangsvorstellungen der Verunreinigung beim Anblick von Pferden, dann von Hunden dazu. Da sie diese Vorstellungen auch auf die Menschen übertrug, die mit diesen Thieren in Verbindung traten, musste sich nun die Kranke in einemfort waschen, ebenso die Gegenstände um sich, vor allem Thürschnallen und die Kleider wechseln, nöthigte auch die Umgebung dies zu thun und gerieth, wenn ihr nicht willfahrt wurde, in Zustände hochgradiger Aufregung. Nach der Geburt des ersten Kindes Verschlimmerung, welche nach der Geburt des zweiten Kindes noch mehr zunahm. Dieselbe bestand in der öfteren Wiederholung und größeren Intensität der den Zwangsvorstellungen folgenden Beängstigungen und ihren Steigerungen zu Krisen. Später neben diesen Symptomen Anklänge von Verfolgungswahn.

Fall 125. R. M. 22jähr. Zwangsirresein. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, nahm alles schwer auf, Mutter leidet

an periodischer Migräne. Patientin entwickelte sich geistig und körperlich gut, lernte leicht, wurde mit 13½ Jahren ohne besondere Beschwerden menstruiert, 16—18 Jahre alt Chlorose, seitdem gesund. Mit 17 Jahren verließ sie die Heimat, um in einen Dienst zu treten. Von Gemüth stets etwas zu Schwermuth geneigt, leicht ängstlich, dabei sehr religiös und scheu. Schon als Kind hatte sie Furcht vor dem Feuer und wurde vielfach vom Gedanken gequält, anzuzünden. Als Mädchen intensiver Hang zum Grübeln, es plagte sie besonders der Gedanke, ob sie auch ein Kind Gottes sei, ob sie den rechten Glauben habe. Als sie einen Dienst antreten musste, beschäftigte sie beständig der Gedanke, ob sie denselben versehen könne. In ihren Diensten hielt sie nie sehr lange aus, da sie als sehr empfindlich leicht verletzt wurde und von anderen sich leicht in ihren Handlungen bestimmen ließ. Im Winter vor der Aufnahme litt sie viel an Kälte und auch an Nahrungsmangel, was ihr viel Sorgen verursachte. Im Sommer fieng sie wieder zu grübeln an. Es drängten sich anfangs peinigende Vorstellungen über die Lage ihrer Mutter auf, später ergriff sie über alles, was sie thun sollte, der Zweifel, ob sie es auch recht mache. Dazu gesellte sich das Gefühl der Angst, allmählich auch allgemeine Aufregung, die sich beide immer mehr steigerten, sodass Aufnahme in die Anstalt nöthig wurde. Die Zwangsgedanken nahmen ab, die Angst verlor sich, und es trat ein Gefühl der Ruhe und Zufriedenheit ein, sodass Patientin nach 2 Monaten ihre Arbeit wieder aufnehmen konnte.

Fall 126. R. B. 19jähr. Moralisches und impulsives Irresein. Vater Sanguiniker, Mutter etwas schwermüthig, ein Bruder des Vaters geisteskrank. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. Unvernünftige Erziehung, der Vater war bald zu nachsichtig, bald zu streng. Patient galt in der Schule als Wunderkind, besonders für Mathematik und Musik, war daneben sehr toll.

Im 15. Jahr machte Patient schweren Typhus durch, von da an psychische Veränderung, wurde leichtsinnig, verlor die Ausdauer bei der Arbeit, wurde vergesslich. Während

er früher heiter und gutmüthig war, wurde er jetzt reizbar und aufbrausend, dann wieder unmotiviert nachdenklich, war verschwenderisch mit dem Geld. Seit $^3/_4$ Jahren traten auch Nervenzuckungen auf, zuerst in den Schultern, dann in den Stirnmuskeln. Im letzten Vierteljahr hatte Patient Gehörshallucinationen, er hörte die Stimme der Mutter, sodann Musikstücke. Diese Krankheitssymptome exacerbierten in den 3 letzten Jahren periodisch, besonders zur Zeit der heißen Sommermonate. Die Dauer der einzelnen Anfälle betrug 3—4 Monate. 2 Wochen vor der Aufnahme verließ Patient ganz unmotiviert seine bisherige Stelle, reiste herum, lebte in den feinsten Gasthöfen, gab sich als reichen Amerikaner aus, ließ Geld kommen, versprach unter unwahrer Angabe Deckung.

Status bei der Aufnahme. Kräftig gebaut, körperlich nichts Abnormes, ruhig, ohne Krankheitseinsicht.

Während des 10monatlichen Anstaltsaufenthaltes zeigt Patient ein einsichtsloses, zerfahrenes Wesen, folgt blindlings allen Impulsen, ist streitsüchtig, aufhetzerisch, lügt und verstellt sich, liebt Allotria, hat keine Lust zu geordneter Thätigkeit, ist sehr misstrauisch, glaubt, die anderen hätten etwas gegen ihn, ist von großem Selbstbewusstsein erfüllt, zeigt häufigen Stimmungswechsel. Auch jetzt halluciniert Patient viel mit dem Gehör, hört ganze Orchesterstücke und zwar jedes Instrument ganz deutlich, hat ferners Visionen, sieht eine große männliche Gestalt mit langem Mantel, Gerüche rufen bei ihm irgend eine Person in's Gedächtnis. Patient ist viel in großer motorischer Unruhe, zuckt häufig mit den Gesichts- und Schultermuskeln, macht choreatische Bewegungen mit den Armen. Schlaf und Appetit sind gut. Patient wird versuchsweise entlassen, nach 2 Monaten aber von der Polizei wieder gebracht. Er erzählt selbst, er sei zuerst auf's Land gegangen, hätte sich dort sehr unwohl gefühlt, habe oft an Selbstmord gedacht, sei dann plötzlich fortgereist, einfach weil es ihn forttrieb, habe dann verschiedene Betrügereien begangen, sei dann verhaftet worden, was er ruhig geschehen ließ, weil ihm alles gleichgiltig gewesen sei. In

den letzten 8 Tagen sei er in einem continuierlichen Schlummerzustand gewesen. Patient verneint jede Krankheitseinsicht und Schuldbewusstsein, er habe das Gefühl, als sei er bei allen diesen Vorgängen ganz unbetheiligt. Während Patient dies alles erzählt, beobachtet man clonische Zuckungen der Schultern, des Gesichts und der oberen Extremitäten, bald nur einzelner Muskeln, bald aller Muskeln gleichzeitig. Dabei besteht Tremor linguae et digitorum. Die Patellarreflexe sind erhöht, die Hautreflexe schwach.

In der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes zeigt Patient planlose motorische Unruhe, ist in gereizter Stimmung, hört viel Musik. Allmählich wird er ruhiger, auch die Zuckungen werden seltener. Die Stimmung ist jetzt gedrückt, der Schlaf unruhig. Patient wird nach 3 Monaten transferiert.

Fall 127. J. H. 15jähr. Moralisches Irresein. 1 Schwester des Vaters geisteskrank, Eltern gesund. Patient von Kindheit an schwächlich, nie schwer krank, wurde bei fremden Leuten auferzogen, fieng früh an zu stehlen, wurde dann in eine Besserungsanstalt verbracht, war faul, aufbrausend. Er kam dann in verschiedene Lehren, wurde überall fortgejagt, trieb sich dann herum, hatte Conflicte mit der Polizei.

Status bei der Aufnahme. Gracil gebaut, körperlich wenig entwickelt, ist sehr trotzig und voller Rachsucht gegen seine Eltern, ohne jegliche Einsicht, körperlich wohl. Er schreibt an seine Eltern:

„In Basel's düsteren Mauern, ein Knabe darin saß,
Kein Menschenwille biegt ihn, selbst Vaterswille nicht;
Sein einziges Verlangen, Amerika's Strand,
Dort, glaubt er, blüht sein Glück, dort jenseits in der Welt".

Fall 128. H. R. 19jähr. Moralisches Irresein. Vater nervös, Mutter geisteskrank, Patient von früh auf unlenkbar, trotzig, gut begabt, hatte bald Conflicte mit der Polizei, bedrohte seinen Vater mit geladenem Revolver, brauchte viel Geld, machte sich Betrügereien schuldig.

In der Anstalt ist Patient in optimistischer Stimmung, sieht nichts Fehlerhaftes in seinem Benehmen.

Fall 129. M. E. 20jähr. Moralisches Irresein. Großvater und Vater durch Suicidium gestorben. 1 Schwester der Mutter geisteskrank. Patientin körperlich nie krank. stets sehr reizbar, streitsüchtig, trieb sich viel auf den Straßen herum, machte Strangulationsversuch, wurde dann in die Anstalt verbracht, wo sie diesen Versuch wiederholt. Stimmung gereizt und gedrückt, stumpf und gleichgiltig. Keine Krankheitseinsicht.

Fall 130. S. K. 18jähr. Constitutionelle Psychose. Vater sehr jähzornig, Mutter und Geschwister gesund. Patient körperlich nie krank. gut gelernt. litt viel an Kopfweh, entschloss sich zum Theologiestudium, kneipte viel herum, hatte häufigen Umgang mit Schauspielern, verliebte sich stark in einen Sänger, aber ganz platonisch, schwärmte für ihn bis zur Vergötterung, sprach nur mehr von „ihm“. Er war daneben religiös überspannt, neigte zu phantastischen Übertreibungen und Lügen.

Status bei der Aufnahme. Kräftig gebaut, körperlich gesund, Genitalien stark entwickelt, ist sehr rechthaberisch, intellectuell geschwächt, voll Rachsucht, macht falsche Angaben, ist voll großer Pläne.

Fall 131. B. R. 18jähr. Constitutionelle Psychose. Vater gestorben an Phthisis pulmonum, war von melancholischem Temperament, 1 Bruder des Vaters geisteskrank, 1 Bruder des Patienten notorischer Lump. Patient fiel mit 5 Jahren auf den Kopf, ist seither übelhörig, war von Kindheit an bald weinerlich, bald jähzornig, widerspenstig und trotzig, lernte in der Schule gut. Im 13. Jahr soll Patient eine „Gehirnentzündung“ durchgemacht haben.

Seit 2 Wochen Kopfweh und Schlafstörung. 2 Tage vor der Aufnahme fiel Patient durch sein eigenthümliches Benehmen auf, er saß steif auf einem Stuhl, betrachtete „seinen schiefen Kopf“ im Spiegel, sprach von der Sonne, seiner Mutter der Hexe u. s. w.

Status bei der Aufnahme. Groß und mager, starke Abflachung des rechten Stirnbeines, Sprache stotternd, beim Reden Mitbewegungen der Gesichtsmuskeln, besonders links, daneben lebhafte Gesten; Patient dreht sich, bewegt den Kopf, streckt den Arm aus.

Er wiederholt abwechselnd mit lauter Stimme „meine Mutter die Hexe“, dann leise „die Sonne bringt es an den Tag“, gibt zuletzt aber doch richtige Antworten, beim Namen der Mutter ereifert er sich, schimpft über die Hexe, die ihn misshandelt habe, ist örtlich und zeitlich orientiert. Stimmung obwohl bisweilen ängstlich, doch vorübergehend gehoben; unter lebhaften Mitbewegungen von Gesicht und Armen, erzählt er in pathetischem Tone vom Engel Raphael, er selbst ist es, er war der beste Zeichner, aber seine Mutter hat ihn geschlagen, sie ist keine Mutter. Im gleichen Tone macht er richtige Angaben über seine Familie, dazwischen erzählt er von der Sonne. Ein schwarzes Hemdknöpfchen zerbricht er „das ist der Teufel, der geschlagen wird“, „ein weißes ist noch ganz, das sind die siegreichen Engel“.

Um Sonne, Raphael, die Mutter drehen sich alle seine Gedanken, Ideenflucht kommt nicht vor.

Wenn Patient auf ist, krümmt und windet er sich, dreht sich tänzelnd herum, immer von links nach rechts, wirft die Arme umher. Er lächelt viel und singt. Er belästigt und neckt gerne seine Mitpatienten, bald treibt er sich minutenlang in einer Ecke herum, wozu er unarticulierte Laute ausstößt, bald tritt er an jemanden hin, spuckt ihn an, zupft lachend an ihm herum. Nach Verlauf von 10 Tagen beruhigt sich Patient und zeigt geordnetes Verhalten. Dann wird er traurig, sitzt in sich versunken am gleichen Platz, klagt über innere Unruhe. Einmal tritt ein plötzlicher Angstanfall ein; Patient jammert laut, er müsse sterben, sei verloren, stoße auch alle anderen in's Elend, kniet nieder und betet.

Die folgende Zeit herrscht ängstliche Stimmung vor; Patient betet viel, darf nicht schlafen, nicht lesen, fürchtet sich vor Tod und Teufel, ist nachts unruhig. Hin und wieder Lachen, dann plötzliches Weinen, hält sich für verloren,

für unfähig zu allem. Einmal drückt Patient ganz unmotiviert eine Scheibe ein. In der 5. Woche des Anstaltsaufenthaltes wird Patient freundlich, gibt gute Antworten, betet noch viel, äußert keine Wahnvorstellungen mehr. Die Zuckungen im Gesicht sind jetzt selten, Aussehen sehr blass, Appetit gut, das Gewicht nimmt zu. Patient wird nach Hause genommen. Die Familie des Patienten findet seinen Zustand besser als vor der Erkrankung.

Unsere 9 Fälle vertheilen sich auf 6 männliche und 3 weibliche Individuen. Geisteskrankheiten in der Ascendenz weisen 7 Fälle (5 bei den Erzeugern) auf. Außerdem spielen schwere körperliche Krankheiten in der Kindheit 2mal, fehlerhafte Erziehung 3mal. Kopftrauma 1mal eine Rolle in der Ätiologie, 2 zeigen deutliche körperliche Degenerationszeichen.

Bei allen, die meist schon von früher Kindheit abnorme Charakteranlage aufweisen, treten die schweren Krankheitssymptome mit der Pubertätsentwicklung auf. Der Verlauf derselben zeigt auch hier allerlei Störungen. Die intellectuelle Begabung ist bei den meisten eine gute, bei einem Fall eine hervorragende.

Unter den Symptomen treten das zerfahrene, impulsive Wesen, der unmotivierte Stimmungswechsel, daneben Hallucinationen und unbestimmte Wahnbildungen hervor. Von körperlichen Störungen finden wir clonische Convulsionen und Tremor der Zunge und der Finger.

II. Angeborene geistige Schwächezustände.

Die angeborenen geistigen Schwächezustände (Imbecillität und Idiotismus) bleiben im wesentlichen unverändert, doch ist ein Einfluss gewisser biologischer Phasen, namentlich der Pubertätsentwicklung oft deutlich zu erkennen. Es wird von den Autoren betont, dass sie den Gesammtzustand dauernd verschlechtern, oder Exacerbationen der Krankheitserscheinungen bewirken, am häufigsten periodische Erregungs-

zustände. Gerade die gesteigerten geistigen Anforderungen in dieser Lebensepoche spielen hier eine große Rolle.

Bei den Idioten tritt die Pubertät gar nicht oder sehr verspätet ein.

Nach Griesinger-Levinstein ([22]) bieten die extremen Fälle ein völliges Stehenbleiben des Wachsthums auf einer Zeit des frühen Kindesalters. Diese Fälle bilden den Gegensatz zu dem andern Extrem einer übermäßig schnellen körperlichen Entwicklung, wo im 4.—5. Jahr und noch früher die Pubertät eintrat.

Im folgenden führen wir 4 Schwachsinnige an, deren labiles Gleichgewicht durch den Process der Pubertätsentwicklung Erschütterungen erleidet, welche sich äußern als periodische Stuporzustände und Erregungsphasen, als periodische Aufregung mit reizbarem excentrischem Wesen, als cyklische Psychose mit Wechsel zwischen zorniger und fröhlicher Stimmung, endlich als melancholische und maniakalische Phasen mit ängstlicher Depression bezw. anfangs zorniger, später überglücklicher Laune.

Alle sind erblich belastet, außerdem spielen schwere Geburt und körperliche Krankheiten in den Kinderjahren mit.

Fall 132. J. R. 17jähr. Idiotismus, maniakalische Exaltation. Eltern gesund, Vater der Mutter geisteskrank, 1 Schwester des Patienten blödsinnig. Patient hatte im 1. Lebensjahr Convulsionen, mit 7 Jahren Typhus, blieb seither geistig zurück. Seit dem 16. Jahr wurde Patient widerspenstig, äußerte religiöse Ideen, z. B. er habe unheilige Lippen, er würde wieder gesund werden, wenn er mit dem Heiland reden könnte, er würde eines Tages, ohne zu sterben, in den Himmel gehoben werden, er drängte fort, um mit den Engeln zusammenzukommen, dazwischen starrte er vor sich hin und gesticulierte.

In der Anstalt zeigt Patient wechselndes Benehmen, er sitzt stundenlang auf einem Fleck mit apathischem Gesichtsausdruck, dann geht er bald langsam, bald schnell auf und ab, gesticulierend, etwas Unverständliches murmelnd,

blöde lachend. So gut wie jene stuporartigen Zustände, ebenso beschäftigen ihn diese Erregungsphasen dermaßen, dass er nicht aus ihnen heraus und in die umgebenden realen Verhältnisse hineinzuversetzen ist. Er achtet auf nichts, beschäftigt sich mit nichts.

Fall 133. K. H. 17jähr. Originärer Schwachsinn mit periodischen Aufregungen. Eltern gesund. Großmutter väterlicherseits an progressiver Paralyse gestorben. Von 7 Geschwistern 2 an Hydrocephalus, 1 an Hirntumor gestorben. Patientin körperlich nie krank, lernte schwer, von Gemüthsart zufrieden. Seit Eintritt der Menses mit 15 Jahren Gemüthsveränderung. Patientin wurde reizbar, excentrisch, lief oft von Hause fort, angeblich auf Geheiß von Stimmen, klagte viel über Schwindel und Kopfweh, schlief schlecht.

Fall 134. L. J. 20jähr. Originärer Schwachsinn, circuläre Psychose. Vater an Schlaganfall gestorben. 1 Bruder der Mutter epileptisch. Geburt des Patienten war schwer, mit $^1/_2$ Jahr Convulsionen, lernte mühsam. Seit 5 Jahren sehr starker Stimmungswechsel, bald Weinen, bald Lachen, bald glaubte sich Patient benachtheiligt, schimpfte, bald war er fröhlich; äußerte auch schwachsinnige Größenideen, z. B. er wolle den Bürgermeister absetzen.

Auch in der Anstalt ist Patient monateweis zornig aufgeregt, dann wieder freundlich und ruhig.

Fall 135. S. R. 20jähr. Originärer Schwachsinn, circuläre Psychose. Mutter des Vaters an Altersblödsinn gestorben. Eltern gesund. Patient war körperlich nie krank, lernte mühsam, hatte schwaches Gedächtnis, war immer ängstlich und verschlossen, musste in den letzten Wochen sehr streng arbeiten als Gärtner, las viel in den Büchern. Seit 4 Wochen Kopfdruck, ängstliche Stimmung, sieht Geister.

Während des 3wöchentlichen Anstaltsaufenthaltes ist Patient deprimiert und ängstlich, seufzt viel, fühlt sich unglücklich, steht immer am gleichen Platze. Der rechte Arm zeigt continuierlichen Tremor, auch bei ruhiger Haltung. Patient wird dann zufriedener und heiterer, wird entlassen.

Die ersten 3 Monate arbeitete Patient tüchtig, fieng dann eine Liebschaft an, bildete sich ein, er müsse um jeden Preis reich werden. Die Erregung steigerte sich, Patient wurde streitsüchtig, lief nachts herum, betete und sang, hatte häufige Zornausbrüche. Keine alkoholischen Excesse, Appetit gesteigert.

Bei der Wiederaufnahme nach 9 Monaten ist Patient gehobener Stimmung, erzählt in einemfort, äußert viele Größenideen, ist überzeugt, von Rudolf von Habsburg abzustammen, macht große Pläne, fühlt sich glücklich, der rechte Arm macht schleudernde Bewegungen. Nach 3 Monaten wird Patient allmählich ruhiger, bekommt wieder Arbeitslust, wird dann entlassen.

Allgemeines.

Unsere Fälle lehren uns, dass die Psychosen des Pubertätsalters unter den verschiedensten klinischen Bildern auftreten und alle Formen der übrigen Lebensabschnitte annehmen können. Wir haben die einzelnen Krankheiten folgendermaßen vertheilt gefunden:

Melancholie: . . .	21 Fälle,	**15** weibl.,	**6** männl.
und zwar: einfache Melancholie . .		7 „	5 „
agitierte Melancholie		3 „	— „
stuporöse Melancholie		5 „	1 männl. Fall
Manie	29 Fälle,	18 weibl.,	11 männl.
Acute Demenz . .	9 „	8 „	1 „
Acuter hallucinatorischer Wahnsinn	3 „	„	3 „
Verwirrtheit . . .	10 „	7 „	3 „
Paranoia	4 „	2 „	2 „
also: einfache Psychoneurosen . .	76 Fälle,	50 weibl.,	26 männl.

Organische Psychosen (prim. chron. Demenz)	9	Fälle,	3	weibl.,	6	männl.
Combinierte Psychosen (Neuropsych. u. Vergiftungspsych.)	37	„	8	„	29	„
Unter d. angeborenen Psychosen: hereditäres Irresein .	9	„	3	„	6	„
Angeborene geistige Schwächezustände	4	„	1	„	3	„
also: diese zweite Gruppe zusammen	59	Fälle,	15	weibl.,	44	männl.

Der Symptomencomplex der Geisteskrankheiten des Pubertätsalters rechtfertigt nicht die Aufstellung einer specifischen Pubertätspsychose. Die Pubertät ist Ursache von Psychosen, aber nicht einer bestimmten Psychose. Es gibt kein Pubertätsirresein als Krankheitsform. Wohl aber verleiht der Process der Pubertätsentwicklung mit der gewaltigen Umwälzung des ganzen psychischen Lebens diesen Psychosen in Anlehnung an die normale psychische Veränderung jener Zeit ein besonderes Gepräge, specifischen Charakter, die sogenannte hebephrene Modification, die wir im einzelnen bereits geschildert haben.

Entsprechend der geistigen Unreife dieses Alters finden wir häufig atypische Krankheitsbilder, Mischformen, die wir jeweils unter die ihnen am nächsten stehenden typischen Psychosen eingereiht haben. Dabei ist beachtenswerth, dass, wenn die Krankheit ein Individuum trifft, dessen geistiger Entwicklungsstand ein vorgeschrittener ist, das Krankheitsbild immer mehr dem der Erwachsenen gleicht.

Als solche hebephrene Züge, pathologische Verzerrungen gewisser Eigenschaften, die auch der normalen Pubertät eigen sind, heben wir hervor: Den häufigen und

unvermittelten Stimmungswechsel, eine gewisse Oberflächlichkeit der Stimmungen. Bei allem Lamentieren macht der Kranke alberne Scherze, mitten in der fröhlichsten Laune äußert er weltschmerzliche Anwandlungen. Die sprachlichen Äußerungen zeigen Abgerissenheit des Gedankengangs, altkluge und gezierte Sprechweise, Vorliebe zu bizarren Satzconstructionen. Hang zu Überschwänglichkeit. Verbigeration und Echolalie. In den Handlungen finden wir oft einen impulsiven Charakter, eine erleichterte Auslösung von Bewegungsantrieben. Das Thun und Treiben ist theatralisch und scheint auf den Zuschauer berechnet. Auch etwaige Wahnideen haben etwas Flüchtiges und absichtlich Gemachtes an sich.

Unter den verschiedenen Autoren finden wir folgende Ansichten: von Krafft-Ebing ([19]) sagt von den Psychosen des Pubertätsalters, dass die Degenerationsformen die größte Rolle spielen, dass Paranoia, das Irresein in Zwangsvorstellungen, das periodische, circuläre und constitutionell melancholische Irresein schon jetzt nicht selten einsetzen. „Auch melancholische und maniakalische Bilder treten auf, seltener aber in der gutartigen Form der Psychoneurose und in affectiver Entstehungsweise, als vielmehr in primärer, organischer, wie im Kindesalter.“

„Die Melancholie erscheint unter dem schweren Bilde der stuporösen Form, oder sie geht mit impulsiven Acten, Zwangsvorstellungen und „imperativen“ Hallucinationen einher, die maniakalischen Bilder haben vielfach ein moriaartiges Gepräge und bieten ebenfalls viel Impulsives. Daneben finden sich nicht selten, namentlich bei im Wachsthum zurückgebliebener Schädel- und Hirnentwicklung, schwere fluxionäre Tobsuchten oder auch hallucinatorische Aufregungszustände mit raschem Verlauf und vorwiegendem Ausgang in bleibenden Schwach- und Blödsinn. Aber auch epileptisches und hysterisches Irresein entwickelt sich besonders im Alter der Pubertät.“

Griesinger ([7]): „Das psychische Krankheitsbild dieser Epoche ist zusammengesetzt aus Stimmungsanomalien, leicht

erhöhter Reizbarkeit, Neigung zu Schwärmerei in melancholischer und exaltierter Form, ferner durch Störungen der Gemüthsstimmung, durch Größenideen oder auch durch das Gefühl der Unwürdigkeit".

Moreau [18]: „Der Irrsinn bei der Geschlechtsreife charakterisiert sich durch den Wechsel zwischen Depression und Erregung, Geschwätzigkeit, starkes Bedürfnis nach Bewegungen, großes Selbstvertrauen und ist oft mit Chorea und Katalepsie combiniert".

Régis [15]: „Jedenfalls localisiert sich das Pubertätsirresein mehr in der moralischen Sphäre und in derjenigen der Handlungen als in der rein intellectuellen, das heißt, sie zeigt sich eher in krankhaften Handlungen und Trieben als in Delirien".

Savage [43]: „Das Irresein der Pubertät zeigt die gleichen Formen wie in der Kindheit, aber viel ausgeprägter. Wir begegnen verschiedenen Formen von Irresein, die sämmtlich große Neigung zum Übergang in Schwachsinn besitzen. Sie zeichnen sich namentlich aus durch Störungen der Gemüthsstimmung, durch Größenideen von Macht und Würde oder umgekehrt durch das Gefühl der Unwürdigkeit. Sie verknüpfen sich auch mit verschiedenen hypochondrischen Zuständen. Auch ist moralische Verkehrtheit sehr häufig. Die Formen von Irresein, welche in diesem Alter auftreten, zeichnen sich aus durch ihre Neigung entweder rasch zu heilen, oder unmittelbar in Schwachsinn überzugehen".

Cullerre [21]: „Das Pubertätsirresein kann acute Formen bekleiden: Manie, Melancholie, Stupor, aber mit specifischem Charakter, welchen die Degenerescenz diesen klinischen Arten auferlegt. (Vielgestaltigkeit, mystische Färbung der Delirien, Verwirrtheit der Handlungen.) Es zeigt sich auch oft unter der Form des impulsiven Deliriums mit Selbstmord, Todschlag, Pyromanie, Zweifelsucht. Die dysmenorrhoischen Beschwerden können leicht begleitet sein von intellectuellen Störungen: Bizarren Ideen, Triebhandlungen, verkehrter Moral und eigentlichen Geisteskrankheiten mit Complication von hysterischen Symptomen".

Skae ([38]): „Bei männlichen Kranken zeigen sich Bewegungsdrang, eigenthümliche Bewegungen mit der Hand, Höhenwahn, Nachahmungstrieb, Gewaltthätigkeit, dann Depression. Bei weiblichen Kranken sind häufig kataleptische Stellungen mit choreatischen Bewegungen. Die Symptome sind von vorübergehender Natur. Es tritt vollständige Restauration der geistigen Fähigkeiten ein; ist die hereditäre Prädisposition stark, dann Demenz".

Clouston ([23]): „Die Pubertätspsychosen sind charakterisiert durch Plötzlichkeit des Auftretens ohne besonderen Grund, durch deliranten Charakter, durch Mischung von Exaltation und Depression, durch Unmöglichkeit der Fixation der Aufmerksamkeit".

Blandford ([14]): „Die geistige Störung der Pubertät zeigt sich öfter in Gewaltthätigkeit als in Wahnvorstellungen und allgemeinen Störungen des Verstandes. Häufig sieht man unregelmäßige Bewegungen oder kataleptische Starrheit mit Neigung zu Veitstanz".

Trowbridge ([61]) theilt die Pubertätspsychosen in einfache Psychoneurosen von kurzer Dauer und in die wahren Psychosen, welche mit psychischem Verfall beginnen und meist unheilbar sind. In den letzteren erkennt Trowbridge mit Spitzka hauptsächlich eine periodische Psychose mit uciden Intervallen. Er betont, dass das moralische Irresein dabei auffallend häufig beobachtet wird, bei den Knaben meist in Form von Verbrechen und Grausamkeiten, bei den Mädchen mehr als Schamlosigkeit, erotische Perversitäten. Beiden Geschlechtern gemeinsam ist die Selbstgefälligkeit, Überhebung über andere, ungezügelter Egoismus.

Schlusssatz: „Pubertätsirresein ist ein erbliches, ein chronisches und ein periodisches, mit moralischer Perversion."

Allgemeine Ätiologie.

A. Innere Ursachen.

1. Allgemeine.

Der Process der Pubertätsentwicklung mit seiner allgemeinen körperlichen und seelischen Umwälzung hat patho-

genetische Bedeutung für die Entstehung von Psychosen, besonders wenn derselbe einen pathologischen Verlauf nimmt, welcher sich kundgibt durch körperliche Schwäche, Unregelmäßigkeiten der Menstruation, Chlorose, Kopfschmerzen, Änderung des Charakters beim weiblichen Geschlecht, durch Müdigkeit, Kopfschmerzen, Palpitationen, cerebrale Erregbarkeit beim männlichen Geschlecht (Mairet [51]). Besonders wichtig ist der Eintritt der Pubertät für die Entwicklung vererbter Krankheiten.

Über die Bedeutung dieser wichtigen Umwälzungsperiode für die Entstehung von Geisteskrankheiten belehren uns folgende Zahlen:

Hagen (40): Alter bei der ersten Erkrankung.

Angeboren	16	Männer	11	Frauen	Summa	27
bis zu 15 J.	25	„	7	„	„	32
von 16—20 „	79	„	90	„	„	169
„ 21—25 „	115	„	100	„	„	215
„ 26—30 „	126	„	105	„	„	231
„ 31—35 „	114	„	106	„	„	220
„ 36—40 „	132	„	64	„	„	196

Erkrankungshäufigkeit im Vergleich zur Bevölkerung.

Es standen bei der ersten Erkrankung im Alter von

	Männer	Frauen	Summa
bis zu 15 J.	3,00	1,04	2,06
16—20 „	9,48	13,31	11,22
21—25 „	13,80	14,89	14,28
25—30 „	15,12	15,62	15,32

Dabei zeigt sich, dass, während vor dem 16. Jahr das weibliche Geschlecht noch eine geringere Erkrankungsfrequenz darbietet, sich diese im folgenden Quinquennium rasch über die des männlichen erhebt und hier ziemlich ebensogroß ist, als bei jenem erst vom 21—25. Jahr.

Oldendorff (Real-Encykl. d. ges. Heilkunde) cit. nach Emminghaus [17] stellt auf Grund der deutschen Volkszählung von 1871 folgende Zahlen auf:

Jahre	Ges.-Bevölkerung	Blödsinnige	Blöds.-Quote auf 10.000	Irrsinnige	Irrs.-Quote auf 10.000
11—15	35,54766	4817	13,55	518	1,46
16—20	31,19147	5351	17,09	922	2,95

Fink (48) berichtet, dass von 1892 Irren, die von 1869—1881 in's Julius-Hospital in Würzburg aufgenommen wurden: 228 bis 24 Jahre alt waren = 12% (12,5 männliche und 11,5 weibliche Kranke).

Marro (63) theilt mit, dass von 100 männlichen und 42 weiblichen Aufnahmen in der Turiner Anstalt: 67 Knaben und 30 Mädchen im Alter von 16—20 Jahren waren.

Nach Parchappe (Recherches stat. sur les aliénés) cit. nach Emminghaus (17) waren unter den in St. Yon von 1827—1834 aufgenommenen Irren:

von 5—9 Jahren 0,9%
„ 10—15 „ 3,5 „
„ 15—20 „ 20,0 „

Thurnam cit. nach (17) fand unter 21.333 Geisteskranken 8 unter 10 Jahren, 1161 zwischen 10 und 20 Jahren.

Nach Cullerre (21) bilden nach einer französischen Statistik: die Geisteskranken von 14—20 Jahren 4,7% aller Geisteskranken, die Geisteskranken von 20—25 Jahren 8,8% derselben.

Clouston (23) führt an, dass von 1800 Geisteskranken
230 zwischen 14 und 25 Jahren
49 „ 18 und 20 „
157 „ 21 und 25 „ waren.

Auch das Geschlecht wirkt disponierend auf die Entstehung der Pubertätspsychosen. Nach den Erfahrungen der meisten Autoren sind weibliche Individuen mehr disponiert als männliche, weil bei ersteren die Evolutionsperiode eine tiefer greifende ist und häufig mit schweren Ernährungsstörungen (Anämie, Chlorose) einhergeht.

Bei unseren 76 Fällen von einfachen Psychoneurosen fallen 50 (65,8%) auf das weibliche und 26 (34,2%) auf das männliche Geschlecht.

Bei unseren übrigen 59 Fällen betreffen 44 (75%) das männliche und 15 (25%) das weibliche Geschlecht. Das stimmt mit der Angabe von Emminghaus [17], dass das männliche Centralorgan stärker zur Degeneration neigt.

2. Individuelle Ursachen.

Von großer Wichtigkeit ist die Erblichkeit. Nach Hagens Untersuchungen ist bei erblich Veranlagten der Procentsatz der Erkrankung überhaupt der höchste vom 16. bis 20. Lebensjahr, nämlich 42%, auch Schüle sagt, dass für den Ausbruch der hereditären Anlage kaum ein Lebensalter kritischer ist. Das Gleiche bestätigen die meisten Autoren. Es scheint, als ob die durch die kindliche Resistenzkraft zurückgedrängte Disposition hier mit einer elementaren Plötzlichkeit hervorbricht und die Ausgleichsfähigkeit herabsetzt, ja sogar zerstört.

Von unseren 76 Fällen einfacher Psychoneurosen weisen 33 hereditäre Prädisposition auf (43%), von unseren 59 übrigen sind 31 erblich belastet (53%).

Skae [38] schreibt dem hereditären Einfluss für alle Pubertätspsychosen absolute Giltigkeit zu, Clouston [23] fand 55% Heredität.

Savage theilt bezüglich der Erblichkeit nicht unbedingt die Ansicht von ihrem ungünstigen Einfluss. Er gibt zu, dass Psychosen leicht erblich übertragen werden, wenn aber die so Erkrankten bereits die Pubertät erreicht haben, soll die Prognose günstiger sein, als bei nicht hereditär Belasteten.

Nächst der erblichen Anlage ist die wichtigste individuelle Prädisposition jene eigenthümliche Constitution der nervösen Elemente, die sog. neuropathische Constitution, deren Wesen darin besteht, dass das Gleichgewicht ein sehr labiles, dass ferners die Reaction auf Reize eine sehr intensive ist. Diese Constitution kann angeboren und erworben sein, ohne dass Erblichkeit im Spiele ist. Wir finden neuropathische Constitution in der großen Mehrzahl unserer Fälle.

Sehr wichtig ist ferners die Erziehung, die Bildung des Charakters gerade in dieser Lebensepoche, wo die Ideen

der persönlichen Verantwortlichkeit noch nicht befestigt sind. Der Schaden kann entstehen durch allzu strenge Behandlung des impressionablen Gemüths sowohl als durch allzu nachsichtige Erziehung. Schon Brierre de Boismont im Jahre 1857 ([39]) hebt diese Gefahren hervor, indem er betont, dass prädisponierte Kinder in diesem Alter reizbar und missvergnügt sind.

Auch der schädigende Einfluss geistiger Überanstrengung kann für das in der Entwicklung begriffene Gehirn nicht bestritten werden. Lähr ([45]), welcher auf diese Beziehungen der Pädagogik zur Psychiatrie wieder die Aufmerksamkeit gelenkt hat, erkennt in diesen Schädlichkeiten einer unzweckmäßigen geistigen Erziehung dieselbe drohende Gefährdung für die gebildeten Classen, wie sie die unteren Volksschichten aus den Nahrungsanomalien oft auf das ganze Leben hindurch erleiden.

Nach Schüle ([16]) werden dadurch Irritationszustände des Gehirns erzeugt, welche störend auf die gesammte Körperernährung zurückwirken, sodass wirkliche Prädispositionen zum Irresein dadurch geschaffen werden.

Sehr oft hindert aber die Misserziehung in wirklich eingetretenen Krankheitsfällen durch die habituellen Unarten und die gänzlich mangelnde Selbstzucht direct die Genesung.

B. Äußere Ursachen.

Unter den körperlichen ätiologischen Momenten sind hervorzuheben: Allgemeine Neurosen, chronische constitutionelle Krankheiten (Anämie und Chlorose), Infectionskrankheiten. In nicht wenigen Fällen ist es ferners die Onanie, die bei solchen Individuen besonders leicht aus dem vielfach abnorm früh sich regenden geschlechtlichen Trieb hervorgeht und die Rolle einer Gelegenheitsursache übernimmt. Doch ist zu betonen, dass Onanie nur da verderblich wirkt, wo sie bereits auf prädispositionellem Boden erwachsen ist.

Spitzka ([53]) beschreibt ein masturbatorisches Irresein, das hauptsächlich bei erblich belasteten männlichen Individuen

im Alter von 13—20 Jahren vorkommt und das sich körperlich und geistig durch den Charakter der Schwäche auszeichnet.

Vielfach gehen dem Ausbruch der Psychosen Menstruations-Störungen voraus und nicht selten findet die Psychose ihre Lösung mit der definitiven Regelung derselben. Wiederholt sehen wir ferners bei jungen, an Psychosen leidenden Mädchen, die um die Entwicklungszeit erkrankten, durch den Eintritt der Geschlechtsreife einen günstigen Einfluss auf die Krankheit, wie verschiedene unserer Fälle zeigen.

Friedmann (62) und Schönthal (56) haben interessante Fälle dieser Art mitgetheilt. Es handelt sich um periodische, auf der Schwelle der Pubertät auftretende, in 3 bis 4wöchentlichen Terminen ablaufende, heftige Anfälle depressiver psychischer Störung mit Bewusstseinstrübung, die den Formen der typischen Menstruationspsychosen gleichen, aber nach 1maliger Serie von je 2 bezw. 10 Attaquen zugleich mit der Regelung der vorher fehlenden oder sogleich unterbrochenen Menstruationsentwicklung in Genesung endigten. Sie unterscheiden sich von der typischen Menstruationsform nicht nur dadurch, sondern auch durch das geringe Hervortreten der psychopathischen Prädisposition. Die Analoga dazu sind in den kurzen und einmaligen transitorischen Anfällen schwerer psychischer Störung zur Zeit der Menses zu suchen, bei welcher gleichfalls jede Belastung oder nervöse Anlage fehlen kann.

Friedmann bezeichnet daher diese Zustände als menstruelle Entwicklungspsychosen, welche sich wesentlich also durch die günstige Prognose auszeichnen und dadurch aus der Reihe der typischen periodischen Psychosen ausscheiden würden. Kraepelin erwähnte in der Discussion über den Vortrag Friedmann's, dass ähnliche Fälle auch beim männlichen Geschlechte vorkommen. Unsere Krankheitsbilder bieten uns keine Beispiele dieser Art.

Andererseits beobachten wir im Verlaufe psychischer Störungen eine Veränderung derselben mit dem Wiedereintritt der cessierenden oder dem Aufhören der bisher regelmäßigen

Menses, worauf wir bei den einzelnen Krankheitsfällen aufmerksam gemacht haben. Da aber erfahrungsgemäß den psychischen Vorgängen ein entschiedener Einfluss auf die menstruelle Blutung zukommt, so ist die Feststellung des wirklichen Zusammenhangs durchaus nicht immer zweifellos.

Von körperlichen Ursachen haben wir endlich abnorm rasches Wachsthum, ferners Entwicklungshemmungen des Schädels zu erwähnen.

Unter den psychischen Ursachen spielen Gemüthsbewegungen meist deprimierender Art (z. B. Heimweh) bei bestehender Prädisposition die Hauptrolle.

Von praktisch größerer Wichtigkeit ist nun die Frage nach der Prognose. Dabei wollen wir die einfachen Psychoneurosen von den übrigen Fällen sorgfältig trennen, da speciell bei den degenerativen Formen, wozu die Pubertätsperiode ganz besonders neigt, der Ausgang sich von selbst ergibt: Bei den ersteren ist die Prognose der ersten Anfälle eine entschieden bessere als bei den Erwachsenen. Von unseren 76 Fällen wurden 59 geheilt (= 78 %).

Während bei den Erwachsenen das Gleichgewicht der Psyche mehr von Garantien umgeben ist als die Erholungskraft, ist im Kindesalter die Labilität des Gleichgewichts eine sehr ausgesprochene. [Friedmann ([62]).] Die Zahl der flüchtigen Psychosen ist hier eine sehr große und auch in der Pubertät erhält sich diese Schwäche in verringertem Maße noch fort. Dabei ist die Erholungskraft des kindlichen Gehirns eine bedeutende, und auch im Pubertätsalter wird, wie wir gesehen, eine Störung viel leichter ausgeglichen als in späteren Jahren. Doch beweist die psychische Erkrankung bereits vor vollendeter Entwicklung eine große Schwäche des Nervensystems. In dieser Constitution liegt die Wahrscheinlichkeit der späteren Neuerkrankung.

Wir haben denn auch, soweit uns die Nachforschungen der späteren Lebensschicksale bis jetzt gelungen sind, unter den 59 geheilten Fällen bereits 12 Recidive constatieren können, von denen einige periodischen oder circulären Charakter angenommen haben. Es ist, als ob die Reize immer mehr cul-

minierten, immer mehr die Disposition steigerten, bis es zuletzt mit Naturgewalt zum Ausbruch einer geregelten periodischen Psychose kommt.

Von den meisten Autoren wird denn auch übereinstimmend angegeben, dass die periodischen und circulären Formen ihren Anfang vielfach in den Jahren der Pubertät nehmen. Doch fehlt es auch nicht an erfreulichen Erfahrungen. So weisen nicht selten prognostisch weniger günstige Formen, wenn sie zur Zeit der Pubertät ausbrechen, wie z. B. Zwangsideenpsychosen, glückliche Verlaufsverhältnisse auf, und Brosius [41] bemerkt, dass eine Psychose in der Jugend manchmal ein kritisches Stadium, eine glückliche Episode ist, durch welche die früheren Hemmnisse der geistigen Entwicklung beseitigt werden.

Das Individuum ist nicht mehr das frühere, es ist ein besseres, geistig regsameres, für die Umgebung erträglicheres geworden. Derartige vortheilhafte, bleibende Veränderungen des früheren Wesens konnten wir bei 6 Kranken beobachten.

Nach einer exacten Statistik von Eibe (Hosp. Tid. dän. Ref. in Virch. Hirsch Jahresb. 1889 II p. 76, cit. nach Friedmann) [62] sind unter seinen Erkrankten 70% Genesungen, davon 55% Recidive. Clouston erzählt von 66% Genesungen und betont die Häufigkeit der Rückfälle. Rousseau [29] hält das Pubertätsirresein für weniger bösartig als das der anderen Alter; er beobachtete fast stets günstigen Ausgang, wenn keine Heredität vorlag und wenn die Affection frisch war. Hereditäre Prädisposition ist ein böses Zeichen, sie hat meist Recidive zur Folge.

Auch nach Moreau [18] ist die Prognose gemeiniglich günstig, wofern gewisse Complicationen, besonders Onanie und Heredität die Aussichten auf Heilung nicht vereiteln.

Nach Blandford [14] wird die Mehrzahl der Patienten gesund, jedenfalls bei dem ersten Anfall. Da sie aber fast sämmtlich die Krankheit erben, diese Erblichkeit ist in Wahrheit die Ursache derselben, so hat man einen Rückfall in der einen oder anderen Periode des Lebens zu erwarten.

Régis [15] hält die Prognose für ungünstig, wenn auch verschiedene deutsche Autoren glauben, die Pubertätspsychosen seien gewöhnlich weniger gefährlich und sie verschwinden mit der kritischen Periode, außer wenn sie hereditären Ursprungs sind.

Im Gegensatz zur häufigen Erkrankung des Weibes scheint es nach Régis, dass die Pubertät beim weiblichen Geschlecht weniger gefährlich ist, was sich vielleicht erklären lasse durch die Thatsache, dass die einmal etablierte und regulierte Menstruation eine Art Heilungsvorgang bei jungen Mädchen herstellt, welcher mächtig zum geistigen Gleichgewicht beiträgt.

Nach Emminghaus [17] ist bei jugendlichen Individuen ungleich mehr Hoffnung auf Genesung als bei Gealterten, aber die erbliche Prädisposition trübt die Prognose entschieden.

Savage [43] sah entweder rasche Heilung oder unmittelbaren Übergang in Schwachsinn.

Endlich wäre noch der Beziehungen des Pubertätsalters zum Klimakterium zu gedenken, auf welche Matusch [55] aufmerksam gemacht hat. Nach ihm geht dem schweren Klimakterium eine schwere Pubertät voraus. Beide biologischen Phasen disponieren zu ähnlichen psychischen Krankheiten. Brierre de Boismont (cit. nach Griesinger-Levinstein [22]) beobachtete in 4 Fällen, wo Delirium zur Zeit der Pubertät bestand, Recidive im Klimakterium. Auch Schwindelanfälle und Epilepsie können sich zu beiden Zeiten wiederholen. Von 179 klimakterisch Erkrankten hatten nach Matusch 22 zur Zeit der Pubertät an Psychosen oder Neurosen gelitten, im ganzen waren schon einmal vor und in dem rüstigen Alter erkrankt 55.

Die **Therapie** soll in erster Linie Kräftigung des Körpers durch gute Nahrung, Tonika, frische Luft etc. bezwecken. Die Anwendung von Medicamenten ist dieselbe wie bei Erwachsenen. Von großer Wichtigkeit sind hydrotherapeutische Mittel und gymnastische Übungen. Sodann ist die Anwen-

dung von Emmenagoga in solchen Fällen indiciert, wo der Ausbruch der Psychose mit der Amenorrhoe coïncidiert, ferners da, wo die Menses nach Dauer und Quantität noch nicht wieder normal entwickelt sich zeigen.

Eine besondere Sorgfalt ist der prophylaktischen Behandlung zuzuwenden, die das Individuum vor der Entwicklung der latenten erblichen Anlage schützt. Es ist die Lebensführung der so Beanlagten zu überwachen, man sorge für passenden Umgang, für Aufenthalt im Freien, vermeide geistige Überanstrengung und aufregende Lectüre, ebenso Tabak und Alkohol, und halte stets die Kräftigung des Körpers sorgfältig im Auge.

Literaturverzeichnis.

I. Lehrbücher.

1. Esquirol. Des maladies mentales. Bruxelles 1838.
2. Jdeler. Grundriss der Seelenheilkunde. Berlin 1838.
3. Friedreich. Handbuch der allgemeinen Pathologie der psychischen Krankheiten. 1839.
4. Marc. De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. Paris 1840.
5. Morel. Traité des maladies mentales. Paris 1860.
6. Guislain. Leçons orales sur les phrénopathies. 1854.
7. Griesinger. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1861.
8. Dagonet. Traité des maladies mentales. Paris 1862.
9. Cailleux. Etudes pratiques sur les maladies nerveuses et mentales. Paris 1863.
10. Maudsley. Die Physiologie und Pathologie der Seele. Deutsch von Böhm. 1870.
11. v. Krafft-Ebing. Grundzüge der Criminalpsychologie. Erlangen 1872.
12. Voisin. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris 1876.
13. Emminghaus. Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878.
14. Fielding-Blandford. Die Seelenstörungen und ihre Behandlung. Deutsch von Dr. Kornfeld. Berlin 1878.
15. Régis. Manuel pratique de médecine mentale. Paris 1885.
16. Schüle. Klinische Psychiatrie. 1886.
17. Emminghaus. Die Psychischen Störungen im Kindesalter. Tübingen 1887.
18. Moreau. Der Irrsinn im Kindesalter, deutsch von Dr. Galatti. Stuttgart 1889.
19. v. Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. 1890.
20. Baillarger. Recherches sur les maladies mentales. Paris 1890.
21. Cullerre. Traité pratique des maladies mentales. Paris 1890.
22. Griesinger-Levinstein. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Berlin 1892.
23. Clouston. Clinical Lectures on Mental Diseases. London 1892.

24. Sommer. Diagnostik der Geisteskrankheiten. Wien und Leipzig 1894.
25. Ziehen. Psychiatrie. 1894.
26. Kraepelin. Psychiatrie. Leipzig 1896.

II. Specialarbeiten.

27. Le Paulmier. Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la Manie. Thèse de Paris 1856.
28. Güntz. Wahnsinn der Schulkinder. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. XVI 1856.
29. Rousseau. Dela folie à l'époque de la puberté Thèse de Paris 1857.
30. Brierre de Boismont. Über Irresein in früher Jugend. Psych. Journal 1857. (Ref. in Schmidt Jahrbuch 1858.)
31. Marcé. De l'état mental de la chorée. Mém. de l'Acad. de Méd. t. XXIV. Paris 1860.
32. Berkhan. Irresein bei Kindern. Vortrag im Correspbl. der deutsch. Gesellsch. für Psychiatrie und ger. Psych. 1862.
33. Kahlbaum. Die Gruppierung der psych. Krankheiten. Danzig 1863.
34. Maudsley. Mania pubescent. The Journal of mental Science 1867.
35. Parchappe. Recherches statistiques sur les aliénés.
36. Hecker. Die Hebephrenie. Virchow's Archiv. Band. LII (1871). Irrenfreund. 1877.
37. Kahlbaum. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. 1874.
38. Skae. Morisonian Lectures. Journ. of mental Sc. 1863 u. 1874.
39. Friederichs. Über Hebephrenie. Inaug.-Diss. Würzburg 1876.
40. Hagen. Statist. Untersuchungen über Geisteskrankheiten. Erlangen 1876.
41. Brosius. Aus meiner psychiatr. Wirksamkeit. Berlin 1878.
42. Sterz. Über psychische Störungen im Pubertätsalter. Beitrag zur Lehre von der Hebephrenie. Jahrb. für Psychiatrie I (1879).
43. Savage. Some uncured cases of insanity. Guy's Hosp. Resp. XXIV (1879).
44. von Krafft-Ebing. Uber Irresein durch Onanie bei Männern. Allg. Zeitschr. für Psych. XXXI.
45. Lähr. Pädagogik und Psychiatrie Allg. Zeitschr. f. Psych. XXIX.
46. Hasse. Über den Einfluss der Überbürdung unserer Jugend auf den Gymnasien und den höheren Töchterschulen mit

Arbeit auf die Entstehung von Geistesstörungen. Ref. nach einem Vortrag in der allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. XXXVII.
47. von Rinecker. Über die Bedeutung der Hebephrenie als klinisches Krankheitsbild. Allg. Zeitschr. für Psych. XXXVII.
48. Fink. Beitrag zur Kenntnis des Jugendirreseins. Allgem. Zeitschr. für Psych. XXXVII.
49. Krelin. Jugend. Epilepsie. Al. a. Neur. 1882.
50. Arndt. Die Neurasthenie. Wien und Leipzig 1885.
51. Mairet. Folie de la puberté. Leçons cliniques (Annal méd. psych.) 1888/9.
52. Bourneville et Sollier. Folie de l'adolescence. (Le progrès. méd. 1888/89.
53. Spitzka. Über masturbatorisches Irresein. Journ. of ment. Science. (Ref. Allg. Zeitschr. für Psych. XXXXVI.)
54. Eibe. Hosp. Tid. V. Bd. dänisch. 1889. (Ref. in Virch. Hirsch Jahrb. 1889.)
55. Matusch. Einfluss des Klimakteriums auf die Entstehung und Form der Geistesstörungen. (Allg. Zsch. f. Psych. Bd. 46.)
56. Schönthal. Beitrag zur Kenntnis der im frühen Lebensalter auftretenden Psychosen. (Arch. für Psych. Bd. 23.)
57. Kahlbaum. Über Heboidophrenie. (Allg. Zsch. f. Psych., Bd. 46.)
58. Chastenet. Pubertätsirresein. (Ann. méd. psych. III. Ref. in Allg. Zsch. für Psych. Bd. 47.)
59. Pick. Über prim. chron. Demenz (sog. Dementia praecox) im jugendl. Alter. (Prager med. Wochenschr. 1891. Nr. 27.)
60. Kiefer. Fall von Hebephrenie. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd.48.)
61. Trowbridge. Pubertätsirresein. (The Alienist and Neurol. 1892 (Ref. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 49.)
62. Friedmann. Über die prim. menstr. Psychose (menstruelle Entwicklungs-Psych.) (Münch. med. Wochenschr. 1 u. ff. 1894.)
63. Marro. A la Pubertà suoi rapporti coll' Antropol. Fisiol. Psich. Pedagogia. (Annal. di Fren Vol. V.)
64. Vigouroux. Contribution à l'étude de la deménce précoce. (Annal. méd. psych. 1894.)
65. Daraszkiewicz. Über Hebephrenie, insbes. deren schwere Formen. Inaug.-Diss. Dorpat 1892.
66. Scholz. Über Pubertätsschwachsinn. Allg. Zsch. f. Psych. Bd.53, 6. Heft.
67. Sacki. Progress. Paralyse im Pubertätsalter. (Münch. med. Wochenschr. 1894, Nr. 31.)

Die folgenden Litt.-Angaben über progressive Paralyse im Pubertätsalter bis Nr. 85 cit. nach Sacki.

68. Turnbull. Journ. of mental Science. Oct. 1889.
69. Leidesdorf. Wiener med. Wochenschr. 1884, Nr. 27.
70. Clouston. Journ. of mental Science. Oct. 1877 u. Edinb. med. Journ. 1891.
71. Wiglesworth. The Brit. med. Journ. 1893.
72. Régis. l'Encephale. 1883 u. 1885.
73. Charcot & Dutil. Arch. de Neurol. 1892.
74. Vrain, Léon. Contribution à l'étude de la paral. génér. á début précoce. Thèse de Paris 1887.
75. Ballet. cit. bei Charcot et Dutil.
76. Strümpel. Neurolog. Centralblatt 1888. Nr. 5.
77. Bjeljakow. Wiestn. psich. i neuropath. 1890.
78. Savage. Journ. of ment. Science. 1888.
79. Hüfler. Zeitschr. für Nervenheilk. Bd. 2. Heft 6.
80. A. Westphal. Charité Annalen. 1893.
81. Möbius. Schmidts Jahrb. 231 p. 150.
82. Oppenheim. Lehrbuch d. Nervenkrankheiten.
83. Heubner. Ziemssen's Handbuch der spec. Patholog. und Therapie. 11, 1
84. Brasch. Neurolog. Centralblatt. 1891.
85. Oppenheim. Beiträge zur Pathologie der Hirnkrankheiten. Char. Annalen. 1885.
86. Emminghaus. Geistesstörungen im Kindesalter.
87. Erlenmeyer. Zeitschrift f. klin. Medicin. 1892.
88. Gudden. Zur Ätiol. u. Sympt. d. prog. Paralyse mit besonderer Berücksichtigung d. Trauma's u. der im jugendl. Alter vorkommenden Fälle von Paralyse. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. Bd. 26, 2.)
89. Streitberger. Über die progr. Paralyse im jugendl. Alter. Diss. von Jena.
90. Duguet et Fournier. Juvenile allg. Paralyse hered. syph. Ursprungs. (Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris. 33, 19.)
91. Hirschl. Beitrag z. Kenntnis d. prog. Paral. im jug. Alter u. im Senium. Wien, klin. Rundschau. 31 u. 32. 1895.
92. Lührmann. Prog. Paralyse im jugendlichen Alter und prog. Paral. bei Eheleuten. (Neurol. Centralblatt 14, 1895.)
93. Justschenko. Die prog. Paralyse des jugendl. Alters. (Russ. Archiv f. Psych. und Neur. 26, 1, ref. im Centralbl. für Nervenheilk. u. Psych. 18, 6.)

K. u. k. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska in Teschen.

K. u. k. Hofbuchdruckerei Karl Prochaska in Teschen.